

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

PROMOÇÃO DE ENVELHECIMENTO ATIVO
E SAUDÁVEL NA CAPACITAÇÃO
DOS CUIDADORES FORMAIS

Sónia Cristina Almeida Pereira Miguel

Lisboa

2018

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several thick, curved green lines that sweep upwards and to the right, creating a sense of dynamic movement.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

**PROMOÇÃO DE ENVELHECIMENTO ATIVO
E SAUDÁVEL NA CAPACITAÇÃO
DOS CUIDADORES FORMAIS**

Sónia Cristina Almeida Pereira Miguel


Orientadora: Professora Doutora Andreia Silva da Costa

Orientadora clínica: Enfermeira Mestre Susana Saiote

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Three thick, wavy green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, organic feel.

“É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à
margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que pelo incentivo, colaboração, disponibilidade e apoio tornaram possível este trajeto.

Em particular:

À Professora Andreia Silva da Costa, pela orientação, exigência e incentivo na concretização deste trabalho.

À Enfermeira Susana Saiote pela partilha do seu saber, apoio e orientação, disponibilidade, colaboração e incentivo permanente ao longo de todo o estágio.

À Sr^a Enf^a Chefe da UCC Almada, Maria do Céu Gonçalves e toda a Equipa da ECCI, Diretoras das IPSS Parceiras e Cuidadores, pela forma acolhedora como me receberam, disponibilidade e colaboração neste projeto.

À “Família” do 8º curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, pela partilha, suporte e amizade, em particular à Lúcia Lopes e Sofia Tavares.

À minha família pela tolerância, incentivo e apoio, em especial à maior bênção da minha vida, os meus filhos.

Lista de Abreviaturas e/ou Siglas

%	Percentagem
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CEPCEP	Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CF	Cuidadores Formais
CSPNSC	Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Conceição
DM	Dispositivos Médicos
DGS	Direção-Geral da Saúde
EAS	Envelhecimento Ativo e Saudável
EEECSP	Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
ENEAS	Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
LCD	Liquid Crystal Display
N ^a	Nossa
N ^o	Número
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
p.	Página
PNS	Plano Nacional de Saúde
PDA	Pessoa Dependente no Autocuidado
PNSPI	Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SPSS	Statistical Package for the Social Science
Sr ^a	Senhora
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UE	União Europeia
URPICA	União de Reformados Pensionistas Idosos do Concelho de Almada

RESUMO

O envelhecimento da população exige respostas multidisciplinares e multisectoriais. O aumento da presença de doenças crónicas não transmissíveis e o declínio das redes pessoais e sociais tornam os idosos um grupo de maior vulnerabilidade, existindo situações de incapacidade e fragilidade que podem ser prevenidas, visando a autonomia, independência e qualidade de vida da pessoa idosa.

Na impossibilidade da família cuidar do seu familiar dependente, a permanência no domicílio só é possível com o apoio de cuidadores formais (CF), sendo indispensável a intervenção do enfermeiro na sua capacitação.

Este projeto de intervenção comunitária visa promover o envelhecimento ativo e saudável (EAS) na capacitação de 75% dos CF de duas Instituições Particulares de Solidariedade Social, que prestam cuidados à pessoa dependente no autocuidado no domicílio, abrangidos pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Almada.

Seguiu-se a metodologia do planeamento em saúde e como suporte teórico o modelo de promoção de saúde PRECEDE-PROCEED. Aplicou-se um questionário para caracterização sociodemográfica e necessidades formativas dos CF. Os dados foram tratados no programa SPSS-versão 24. Os problemas identificados foram: Baixo nº de CF com formação para prestar cuidados à pessoa dependente e para desempenhar a atual função; Elevado nº de CF que referem dificuldade na Comunicação, nos posicionamentos/mobilizações e na prestação de cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos. Após priorização, o diagnóstico de enfermagem identificado foi o Papel do cuidador [formal] comprometido, relacionado com EAS, Comunicação, Posicionamentos/ Mobilizações e Cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos.

Foi utilizada a estratégia da educação para a saúde, após a intervenção constatou-se: aumento do nº de CF com formação para prestar cuidados à pessoa dependente, (42,9% (15) para 94,3% (33)), para desempenhar a atual função (54,3% (19) para 94,3% (33)) e capacitação de 85,5% (30) dos CF, em EAS.

Palavras-chave: envelhecimento ativo e saudável, cuidador, capacitação.

ABSTRACT

The Population ageing demands multidisciplinary and multisectoral answers. Greater presence to non-transmissible chronical diseases and the decline of personal and social networks, make the elderly a group of greater vulnerability because they are exposed to situations of incapacity and fragility that can be prevented, aiming to their autonomy, independence and quality of life.

In the impossibility of families taking care of their dependent relatives, and staying home with them is only possible with the support of formal caregivers (FC), and the intervention of nurses to empower them.

This project of community intervention, aims to promote active and healthy ageing (AHA) through the qualification of 75% of FC from two institutions, which provide care to dependent persons in self-care at home, encompassed by Integrated Continuing Care team of Almada.

Health planning methodology was followed and the theoretical support used was the PRECEDE-PROCEED model of health promotion. A questionnaire was applied for the sociodemographic characterization of the caregivers and their training needs. The data was analyzed using the SPSS–version 24 program and the identified problems were: Low number of FC with training to provide care to the dependent person and to perform the current function; High number of FC refer difficulty in Communication, positioning/mobilizing and providing care to persons carrying medical devices. After prioritization, the identified nursing diagnosis was the role of the [formal] caregiver involved, related to EAS, Communication, Positioning / Mobilization, and Care of the person with medical devices. The strategy used in this project was health education. After the intervention, it was noted: increase in the number of FC with training to provide care to the dependent person (42.9% (15) to 94.3% (33)), to perform the current function (54.3% (19) to 94.3% (33)), and capacitation of 85.5% (30) of FC in AHA.

Keywords: Active and healthy ageing, caregiver, capacitation

Índice

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E PERTINÊNCIA DO TEMA	15
1.1 Processo de Envelhecimento	15
1.2 Envelhecimento, contexto social e familiar	17
1.3 Cuidadores Formais	19
1.4 Recursos Disponíveis	22
1.5 Envelhecimento Ativo e Saudável	25
1.6 Modelo PRECEDE-PROCEED	28
2. METODOLOGIA	29
2.1 Diagnóstico da Situação	29
2.1.1 Diagnóstico Social	29
2.1.1.1 Contextualização do local de intervenção	30
2.1.2.1 População, população-alvo e amostra	30
2.1.3.1 Técnicas e Procedimentos de Colheita de Dados	31
2.1.2 Diagnóstico Epidemiológico	32
2.1.3 Diagnóstico Comportamental e Ambiental	33
2.1.4 Diagnóstico Educacional e Organizacional	35
2.1.5 Diagnóstico Político e Administrativo	36
2.1.6 Diagnóstico de Enfermagem	37
2.2 Definição de Prioridades	38
2.3 Fixação de Objetivos	39
2.4 Seleção de Estratégias	41
2.5 Operacionalização do Projeto	42
2.6 Avaliação	47
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	53
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ANEXOS

ANEXO I – ENEAS – Respostas Sociais

ANEXO II – Modelo PRECEDE-PROCEED

ANEXO III – Questionário aplicado aos Cuidadores Formais

ANEXO IV – ENEAS - Criação de ambientes potenciadores da integração e participação – Medida 20

ANEXO V – Plano Biscaia

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão Scoping

APÊNDICE II – Diagnóstico de Situação

APÊNDICE III – Cronograma das sessões

APÊNDICE IV – Critérios de ponderação das atividades de acordo com o Método DARE

APÊNDICE V – Priorização dos problemas de acordo com o método utilizado no Plano de Biscaia

APÊNDICE VI – Material de divulgação das sessões de formação

APÊNDICE VII – Planos de ação

APÊNDICE VIII – Sessão de Formação - Comunicação, EAS

APÊNDICE IX – Sessão de Formação - EAS, Posicionamentos e Mobilizações (CSPNSC)

APÊNDICE X – Sessão de Formação - EAS, Posicionamentos e Mobilizações (URPICA)

APÊNDICE XI – Sessão de Formação EAS, Cuidados à Pessoa com Dispositivos Médicos (CSPNSC e URPICA)

APÊNDICE XII – Questionários de Avaliação Formativa: - Comunicação, EAS (CSPNSC); EAS, Posicionamentos e Mobilizações (URPICA); EAS, Posicionamentos e Mobilizações (CSPNSC); EAS, Cuidados à Pessoa Portadora de Dispositivos Médicos (URPICA e CSPNSC)

APÊNDICE XIII – Lista de ocorrências

APÊNDICE XIV- Questionário de Avaliação da Satisfação dos Cuidadores Formais

APÊNDICE XV - Avaliação da Satisfação dos Cuidadores Formais

APÊNDICE XVI – Critérios de Avaliação das Metas

APÊNDICE XVII - Indicadores de avaliação das atividades.

APÊNDICE XVIII – Consentimento Informado

APÊNDICE XIX – Autorização da autora do questionário

APÊNDICE XX – Pedido Autorização ao ACES

APÊNDICE XXI – Parecer favorável do Núcleo de Formação e Investigação do
ACES Almada-Seixal

APÊNDICE XXII – Parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados

APÊNDICE XXIII – Poster e Certificado

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Formação para prestar cuidados à pessoa dependente.....	34
Gráfico 2 -	Formação para desempenhar a atual função.....	34

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 -	Problemas Identificados	35
Quadro 2 -	Fatores predisponentes, Fatores facilitadores e Fatores de reforço.....	36
Quadro 3 -	Diagnósticos de Enfermagem.....	37
Quadro 4 -	Diagnósticos de Enfermagem Priorizados.....	39
Quadro 5 -	Comunicação, EAS, Metas e Resultados.....	49
Quadro 6 -	EAS, Posicionamentos e Mobilizações, Metas e Resultados.....	50
Quadro 7 -	EAS, Cuidados à Pessoa portadora Dispositivos Médicos, Metas e Resultados.....	51
Quadro 8 -	Comunicação, EAS; EAS, Posicionamentos e Mobilizações; EAS, Cuidados à Pessoa portadora de Dispositivos Médicos, Metas e Resultados.....	52

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico que ocorreu a partir da segunda metade do século XX, resultou das grandes mudanças sociopolíticas e epidemiológicas verificadas. O aumento da esperança média de vida e a queda de fecundidade, coloca-nos perante um desafio que exige respostas não só multidisciplinares, mas também multisectoriais, tendo em conta os determinantes do envelhecimento ativo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) classifica cronologicamente o idoso, como a pessoa com 65 ou mais anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. O aumento da longevidade acarreta uma maior presença de doenças crónicas não transmissíveis e declínio das redes pessoais e sociais, existindo situações de incapacidade e fragilidade que podem ser prevenidas, visando a autonomia, independência e qualidade de vida da pessoa idosa.

No domicílio, local de eleição para a prestação de cuidados à pessoa dependente, acresce uma responsabilização das famílias na prestação de cuidados, sendo indispensável a intervenção do enfermeiro na capacitação de cuidadores para apoio às famílias. Descrito no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) (OE, 2011) de entre outras, o enfermeiro tem a responsabilidade de identificar as necessidades do indivíduo/família, e de grupos de determinada área geográfica, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados, encetando as ligações necessárias e em complementaridade com outros parceiros da comunidade e outros profissionais de saúde, num determinado contexto político, económico e social.

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa, 1986) considera a saúde como um conceito positivo, evidencia os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas e considera a promoção da saúde, um processo que visa, aumentar a capacidade dos indivíduos/comunidades para controlarem a sua saúde, com o objetivo de a melhorar sendo a saúde um direito humano fundamental.

Na medida do exposto e de acordo com as competências do EEECSPP desenvolveu-se o projeto “Promoção de Envelhecimento Ativo e Saudável na Capacitação dos Cuidadores Formais” que decorreu no âmbito do 8º curso de

Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, no estágio entre setembro de 2017 e fevereiro 2018 na Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada, do ACES Almada Seixal. Os locais de intervenção são duas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS): União de Reformados Pensionistas Idosos do Concelho de Almada e o Centro Social e Paroquial da N^a Sr^a da Conceição. Estes prestam apoio à pessoa dependente no autocuidado (PDA), acompanhada pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Almada, sendo a intervenção dirigida aos cuidadores formais (CF). A metodologia usada foi a do planeamento em Saúde, tendo como suporte teórico o modelo de promoção de saúde PRECEDE-PROCEED. Efetuou-se uma revisão bibliográfica e revisão scoping, na base de dados MEDLINE e CINAHL.

O presente projeto teve como objetivo geral - Promover o envelhecimento ativo e saudável (EAS) na capacitação de 75% dos CF, de duas IPSS que prestam cuidados à PDA no domicílio, abrangidos pela ECCI de Almada, no período de novembro de 2017 a janeiro de 2018. Por ser uma necessidade sentida pela equipa e haver solicitação por parte dos parceiros (IPSS), foi pertinente focar as necessidades formativas dos CF. Os dados obtidos após aplicação do questionário foram tratados no programa SPSS - versão 24.

Este relatório está organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico e a pertinência do tema, descrevendo-se o processo de envelhecimento, o contexto social e familiar em que ocorre, considerações em relação aos CF, redes de apoio disponíveis e EAS. No segundo capítulo descreve-se: metodologia usada para desenvolver o projeto; caminho para estabelecer o diagnóstico de situação; diagnósticos de enfermagem decorrentes; critérios para a definição de prioridades; estratégias definidas, para atingir os objetivos traçados; operacionalização do projeto e por fim avaliação das atividades realizadas. No que diz respeito ao terceiro capítulo, é apresentado o que se refere a questões éticas, descrevem-se as competências adquiridas como EEECS e as limitações do projeto, No quarto capítulo tecem-se algumas considerações finais sobre o trabalho desenvolvido.

Este relatório segue as orientações do Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, ESEL 2017, e as citações e referências Bibliográficas de acordo com as normas APA (American Psychological Association), 6^a Edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E PERTINÊNCIA DO TEMA

De acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), o declínio populacional que ocorre em Portugal, tende a aumentar, a população residente entre 2012 e 2060, passará de 10,5 milhões para 8,6 milhões de habitantes. Concomitantemente surgem alterações da estrutura etária da população, confirmando um forte envelhecimento demográfico.

No sentido de mapear conceitos chave subjacentes à área em estudo, bem como as principais fontes e tipos de informação disponível, procedeu-se a uma revisão scoping (Apêndice I). O resultado da pesquisa veio mostrar a importância da conscientização do conceito de envelhecimento ativo e saudável, da aplicação de programas adequados à comunidade e individualmente, que sejam criativos e inovadores, incluindo todas as pessoas, inclusive as frágeis e dependentes.

1.1 Processo de Envelhecimento

Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento tem vindo a sofrer alterações, dependendo de atitudes, crenças, culturas, conhecimentos e representações sociais que lhe são atribuídas (Firmino, Simões e Cerejeira, 2016; Direção-Geral da Saúde, 2017).

Em Portugal, idoso é a pessoa com 65 ou mais anos, no entanto a idade e o processo de envelhecimento possuem outras dimensões e significados que extrapolam as dimensões da idade cronológica. Este aspeto deverá ser tomado em conta na elaboração de políticas e programas referentes ao processo de envelhecimento (Firmino et al., 2016; Direção-Geral da Saúde, 2017). O envelhecimento da população pode ser entendido como um facto louvável e de sucesso das políticas de saúde pública e socioeconómicas, no entanto a qualidade dos anos de vida ganhos é passível de ser melhorada (Sequeira, 2010; Direção-Geral da Saúde, 2017).

A Direção-Geral da saúde (DGS, 2006, p.5) através do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), considera que “o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do

nascimento, se desenvolve ao longo da vida”. As alterações fisiológicas podem pôr em risco a qualidade de vida do idoso, por limitar a sua capacidade para realizar com vigor as suas atividades do quotidiano, colocando em maior vulnerabilidade a sua saúde, existindo situações de incapacidade e fragilidade que podem ser prevenidas, visando a autonomia, independência e qualidade de vida da pessoa idosa (Sequeira, 2010; Stanhope & Lancaster, 2011).

O envelhecimento é um processo variável de sociedade para sociedade, sendo-lhe atribuído um valor muitas vezes depreciativo associado à fatalidade das doenças, perda de independência e reforma (DGS, 2006; Firmino et al., 2016). Frequentemente o declínio no funcionamento cognitivo é causado pela falta de prática e de doenças, como a depressão, os consumos de álcool e medicamentos, por fatores psicológicos, como a falta de motivação, de confiança e baixas expectativas e por fatores sociais como a solidão e o isolamento (OMS, 2005). Para alguns autores a diminuição de algumas capacidades cognitivas, como a rapidez e a memória podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência (Costa, 1999; Schneider & Irigaray, 2008; Firmino et al., 2016).

Associada ao envelhecimento está muitas vezes a redução da capacidade funcional, esta reflete a condição do idoso em manter-se independente nas atividades de vida diária, podendo limitá-lo ao desempenho de atividades relacionadas às funções sociais. Ainda assim não deve servir para o definir, nem para justificar a exclusão dos idosos da vida social, limitando a sociabilidade familiar e ou de vizinhança, conduzindo a situações de solidão, isolamento e até à institucionalização (Júnior, Martins, Rosa, Paulo, Ribeiro e Tribess, 2014).

Conceitos como a autonomia e independência tendem a ser considerados idênticos mas são distintos pelo que aqui cabe aclarar, para a OMS (2005) a autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais, sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. A independência é considerada a habilidade de realizar sem ajuda ou com pequena ajuda de outras pessoas, as atividades de vida diária e de autocuidado. A distinção entre estes conceitos é fundamental no processo de cuidar (Sequeira, 2010).

O Internacional Council of Nurses (OE, 2015) considera o autocuidado como a capacidade que a pessoa tem para tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e

as atividades da vida diária. Interessa diferenciar duas competências de vida diária, as básicas, relacionadas com atividades de rotina de uma vida com autonomia (vestir, cozinhar, cuidar da higiene pessoal), e as alargadas, que dizem respeito a atividades relacionadas com preferências individuais, motivações e interesses, com destaque para as atividades de lazer.

O envelhecimento com qualidade de vida depende grandemente da saúde, para o idoso existe uma forte ligação entre uma “boa saúde”, autonomia e independência (Sequeira, 2010). A OMS (2005) define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo do seu lugar na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Este é um conceito muito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física da pessoa, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e a relação com os elementos essenciais do seu ambiente.

Ao longo do ciclo de vida as pessoas vivem situações de dependência/independência e a capacidade para realizar o autocuidado pode oscilar desde a total independência até ao estado de completa dependência, ainda assim esta dependência no autocuidado não se confina ao envelhecimento (Costa, 2013).

Em suma, o aumento dos indivíduos portadores de doença crónica, idades mais avançadas, com algum nível de dependência no autocuidado, em que as atuais políticas de saúde, com internamentos de curta duração levam a que, no contexto dos domicílios familiares seja cada vez mais importante o apoio no domínio do autocuidado (Sequeira, 2010; Costa, 2013; Petronilho, 2013).

1.2 Envelhecimento, contexto social e familiar

De acordo com o estudo levado a cabo pelo Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (CEPCEP, 2012) os países da União Europeia (UE) enfrentam um dos mais importantes desafios económicos, financeiros e sociais, o envelhecimento da população, pois o aumento da esperança média de vida, associado à diminuição das taxas de fertilidade, traduz-se num aumento das pessoas mais idosas e numa diminuição do número de pessoas ativas da população.

De acordo com o INE (2015) o envelhecimento da população em muitos países, como é o caso de Portugal está a evoluir rapidamente no processo de transição demográfica - processo pelo qual o declínio da mortalidade é seguido por reduções na natalidade.

Em Portugal, as alterações na estrutura etária resultaram no aumento do índice de envelhecimento, passou de 27,5% em 1961 para 148,7% em 2016. O índice de dependência de idosos, que relaciona o nº de idosos e o nº de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos de idade), continuou a aumentar entre 1961 e 2016, passando de 13 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 1961, para 32 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 2016 (PORDATA, 2017).

As projeções que apontam para o aumento da esperança média de vida à nascença, salientam a importância do envelhecimento ser considerado nas tomadas de decisão a vários níveis, sobretudo a nível da saúde (Sequeira, 2010; Costa, 2013; DGS, 2017).

Em Portugal, o cuidar da pessoa idosa dependente é geralmente imputado às famílias. Mulheres, pais, maridos e filhos são o maior número de cuidadores das pessoas idosas. No entanto, nos últimos anos devido a alterações a nível da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas, como o aumento das famílias unipessoais, nomeadamente dos idosos a viverem sozinhos (20% da população, de acordo com Censos 2011) e o aparecimento de novas formas de conjugalidade, a sociedade tem vindo a adquirir uma participação mais significativa (Araújo, 2010; CEPCEP, 2012; Firmino et al., 2016).

Contemplado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) (DGS, 2006, p.5) visa a manutenção da independência, da autonomia da qualidade de vida e a recuperação global da pessoa no seu ambiente natural.

É necessária uma visão multidisciplinar e multisectorial de atuação integrada, procurando complementar as ações desenvolvidas pelos diversos sectores, cuja ação influencia a melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas idosas, “envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países”. O referido programa assenta em três pilares fundamentais: a promoção de um envelhecimento

ativo, ao longo de toda a vida, numa maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e ainda na promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas. Sugere ainda especial atenção às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, como seja a idade avançada, sujeitas a alterações sensoriais, a desnutrição, a risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação.

A elevada procura dos serviços de saúde por parte dos idosos, prevê um aumento elevado dos gastos, esta procura pode ser modificada se efetuarmos melhorias a nível da prevenção, na adequação às necessidades identificadas e se providenciarmos melhores cuidados de saúde aos idosos (Costa, 2002, 2013). Este facto representa um grande desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária.

Destaca-se o papel do enfermeiro na prevenção e acompanhamento de situações de dependência ligadas ao envelhecimento, e na promoção da autonomia das pessoas. A intervenção do enfermeiro, é fundamental na prestação de cuidados diretos ao idoso e família e na gestão das intervenções multiprofissionais, quer pelo encaminhamento ou como facilitador da acessibilidade aos recursos (Araújo, 2010; Costa, 2013).

1.3 Cuidadores Formais

O International Council of Nurses na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2015, p.42) descreve Cuidador como “aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente”.

A dependência no autocuidado coloca-se como um desafio em saúde transversal a políticas de saúde, económicas, entre outras, sendo aos enfermeiros, a quem se espera, que providenciem respostas de apoio à pessoa dependente e sua família a adaptarem-se ao desafio da dependência no autocuidado no domicílio. (Araujo, 2010; Stanhope & Lancaster, 2011; Costa, 2013; Firmino et al., 2016).

Diferenciando o tipo de cuidados prestados, podemos considerar que o cuidado informal é a prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da

família, amigos, vizinhos, não remunerados. Os cuidados formais compreendem uma multiplicidade de instituições e profissionais, uns remunerados e outros voluntários. Nesta perspetiva, o cuidado formal providencia o cuidado de uma forma estruturada, por serviços estatais da Segurança Social ou do poder local, serviços privados, com ou sem fins lucrativos, e/ou mediante a contratação de alguém para “tomar conta” da pessoa dependente.

Distinguem-se neste contexto, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), a maioria das quais ligadas direta ou indiretamente à igreja católica, pelo que não têm fins lucrativos e são designadas de terceiro sector. Integra as organizações que, não sendo Estado, produzem bens e serviços com interesse público e que apesar de serem privadas, não têm como objetivo principal a obtenção de lucro. A organização destes serviços, a sua distribuição geográfica, o custo e rotatividade dos funcionários são alguns dos aspetos a serem melhorados (CEPCEP, 2012).

Nas diversas instituições a designação genérica da função “cuidadores formais”, é atribuída aos vários papéis, distribuídos pelas diversas categorias profissionais, sendo que o trabalho em equipa e a colaboração entre os cuidadores é fundamental para o bom resultado de prestação de cuidados. De um modo geral verifica-se o predomínio de CF do sexo feminino, de meia-idade, com médios ou baixos níveis de escolarização e casadas ou a viver em união de facto (Rodrigues, 2014).

No que se refere às competências do cuidador formal, na literatura consultada há poucas referências aos CF das IPSS no domicílio, pressupondo-se muitas vezes que são profissionais não diferenciados que prestam cuidados sem a orientação de um técnico superior de saúde, trabalhando apenas sob a orientação da instituição, resultando numa oferta de serviços que não prima pela qualidade (Miguel, Pinto e Marcon, 2007; Sampaio, Rodrigues, Pereira e Rodrigues, 2011; Sousa e Menezes, 2015).

Os autores supracitados consideram que a qualificação dos profissionais é fundamental para a qualidade dos cuidados, existindo uma grande preocupação com o recrutamento destes profissionais com perfis de qualificação adequados, e ainda uma forte aposta na formação contínua e sua estabilidade na instituição.

A discriminação em relação à idade (idadismo) é a forma mais comum de discriminação, ainda assim a maioria das pessoas não tem essa consciência. Num estudo, sobre percepção do envelhecimento e influencia no ato de cuidar, Sampaio et al. (2011) concluiu que os cuidadores possuem uma visão negativa em relação ao ser idoso e têm uma percepção deturpada, em relação ao processo de envelhecimento, com conseqüente significativa influência sobre o ato de cuidar. Importa pois, que os cuidadores reflitam sobre os seus sentimentos, eliminando preconceitos ou atitudes estereotipadas (Sequeira, 2010; Sampaio et al, 2011; Rodrigues, 2014).

O idoso deve ser visto como um ser único com características próprias, que pode e deve ser envolvido nos cuidados que lhe são dirigidos, e onde a sua opinião deve ser respeitada e valorizada. Conhecer e compreender quais são os significados do cuidado para os idosos, seria facilitador para a prestação de um cuidado mais dignificante e humanizado (Miguel et al., 2007; Collière, 2003; McCormack, 2003).

Suhonen (2008) concebe que os cuidados de enfermagem individualizados traduzem-se em “Outcomes”, isto é em resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, centralizar os cuidados na pessoa permite uma adequada gestão dos cuidados e consecução de ganhos em saúde.

O Plano Nacional de Saúde (Revisão e Extensão a 2020) (2015, p.14) no seu eixo estratégico Cidadania e Saúde propõe, a “A promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende”, a importância da literacia dos CF na promoção do EAS, vê-se consubstanciada neste propósito.

A literacia em geral está muito relacionada com a literacia em saúde, esta “remete para as competências e os conhecimentos dos indivíduos necessários para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde, que lhes permita tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e modos de promoção de uma vida saudável” (Espanha, Ávila e Mendes, 2016, p.5).

Neste estudo foi possível identificar na nossa sociedade grupos muito vulneráveis no campo da literacia em saúde para os quais é necessária especial atenção, no que se refere a políticas públicas de promoção da literacia em saúde. Os mesmos autores consideram que o nível de literacia em saúde parece estar

associado a uma maior utilização de todos os meios para a procura de informação sobre saúde, algumas ações concretas são sugeridas no sentido de elevar os níveis de literacia em saúde na sociedade portuguesa, saliento:

- Diminuir a complexidade do sistema de cuidados de saúde e sociais, facilitando a sua compreensão e acesso;
- Diversificar as estratégias, modos de comunicação e de informação, de acordo com a diversidade de perfis sociais e de níveis de competências em literacia em saúde na sociedade portuguesa;
- Apoiar iniciativas que melhorem a literacia em saúde, em especial as dirigidas aos grupos mais vulneráveis.

De acordo com as competências do EEECSF esta é uma área de intervenção fundamental promovendo a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos.

1.4 Recursos Disponíveis

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa, 1986) aprovou uma Carta, com orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000. Emitiu, um desafio dirigido a uma nova saúde pública, considerando a paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, como pré-requisitos para a saúde, e a advocacia, a capacitação e a mediação, como processos para a atingir.

Identificou cinco áreas de ação para a promoção da saúde: estabelecer políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis à saúde; desenvolver as competências pessoais; reforçar a ação comunitária; reorientar os serviços de saúde. A ação comunitária é fundamental para fomentar as políticas públicas saudáveis, a informação adequada deve ser divulgada aos grupos a que se destinam as medidas em causa, tendo sempre em consideração a sua educação e literacia. A Promoção da Saúde é uma responsabilidade do sector da saúde, bem como dos sectores social, político, económico e ambiental. Para além da escolha de estilos de vida saudáveis, para atingir o completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo tem de identificar e realizar os seus ideais, satisfazer as suas necessidades e agir sobre o meio ou adaptar-se a este.

O paradigma salutogénico serve de base de sustentação para a promoção da saúde, a atuação sobre os vários fatores que contribuem de forma positiva para a saúde, deve considerar uma participação multidirecional e multidimensional. A abordagem pela promoção da saúde guia-se por incentivar as interfaces entre os diferentes níveis de governação, de atores e organizações pertencentes a outros setores, sendo os profissionais de saúde responsáveis por desempenhar um papel de dinamizador (Loureiro, Miranda, Miguel, 2013).

A premência na organização de respostas às necessidades resultantes do envelhecimento demográfico, das alterações no padrão epidemiológico e na estrutura familiar e social, levou a que na Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005 (Portugal, 2005) fosse criada a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e aos Cidadãos em Situação de Dependência, e a Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência (Despacho n.º 23035/2005), tendo resultado a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Decreto-Lei n.º 101/2006, sendo esta coordenada pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (Costa, 2013).

A RNCCI, iniciou-se em 2007, salienta-se a perspetiva de uma atuação integrada, multidimensional para todos os que necessitam de cuidados de saúde e sociais. A prestação de cuidados continuados integrados e assegurada por:

Unidades de Internamento: Unidades de convalescença, Unidades média duração e reabilitação, Unidades longa duração e manutenção, Unidades de cuidados paliativos;

Unidade de ambulatório: Unidade de dia e de Promoção da autonomia

Equipas hospitalares: Equipas de gestão de altas e Equipas intra hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

Equipas domiciliarias: Equipas de cuidados continuados integrados e Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Tem origem no serviço comunitário de proximidade que abrange, os hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

As redes de apoio social enquanto estruturas para atender a população idosa, podem ser: Estrutura residencial para pessoas idosas, Centros de Dia, Centros de

Noite, Centros de Convívio, Serviços de Apoio domiciliários ou Acolhimento Familiar para pessoas idosas e adultas com deficiência (Anexo I).

Os cuidados domiciliários aos idosos, são uma área de saúde com tendência a expandir-se rapidamente. Carvalho (2010) refere que aliar os cuidados formais e informais é a estratégia para o desenvolvimento de cuidados de qualidade, visando criar redes de suporte de proteção abrangentes, que deem respostas às necessidades das pessoas idosas e das suas famílias.

Foi no final dos anos setenta que em Portugal, o serviço de apoio domiciliário (SAD) para as pessoas idosas teve início, mas só a partir do final da década de noventa, com a adoção de políticas efetivas, se tornou mais evidente no apoio aos idosos. O SAD é desenvolvido na sua maioria por organizações não lucrativas no âmbito do terceiro sector, mas tuteladas e financiadas pelo Estado. Regidas por leis e regras da segurança social que as tutelam e financiam (Lei nº 64/2007), tendo autonomia a nível da gestão e na angariação de recursos financeiros. Complementarmente o utente dos serviços tem que realizar um pagamento mensal, calculado de acordo com o valor da pensão que auferir.

Estes cuidadores deslocam-se a casa das pessoas idosas para prestar os cuidados, a coordenação destes serviços é desempenhada pelas assistentes sociais. O objetivo é privilegiar, um conjunto de respostas, através de serviços e equipamentos adequados, a manutenção dos utentes no seu meio familiar e social para além de promover o apoio à família.

Na opinião de Costa (2002, p.19) atualmente os idosos representam um desafio para a construção de soluções criativas e inovadoras, "inspiradas em abordagens holísticas, integradoras, dignificantes e humanizadas". Uma das respostas são as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) - Unidade que se articula permanentemente e em complementaridade com as unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde integra esta unidade a ECCI que presta cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência, promove a capacitação dos prestadores de cuidados informais ou formais em diversas áreas a fim de desenvolverem competências na prestação de cuidados às pessoas idosas ou dependentes, promovendo o envelhecimento ativo e saudável e aumentando a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

Alguns autores consideram evidente a necessidade de aumentar as parcerias, entre cuidadores formais e informais numa atuação concertada que se constituem efetivos ganhos em saúde, sendo fundamental a envolvimento de parceiros locais como as IPSS, juntas de freguesia e câmaras municipais (Sequeira, 2010; Firmino et al., 2016).

1.5 Envelhecimento Ativo e Saudável

A abordagem do Envelhecimento Ativo é baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios das Nações Unidas, de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. O envelhecimento ativo e saudável (EAS) para a OMS (2015) é definido

como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (DGS, 2017).

O EAS aplica-se a indivíduos e a grupos populacionais, permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do ciclo de vida, que participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades e quando necessário recebam proteção, segurança e cuidados adequados (OMS, 2005). A diversidade das capacidades e necessidades de saúde das pessoas idosas, não é aleatória, mas resulta de eventos ao longo do ciclo de vida, que muitas vezes podem ser modificados, sendo importante uma abordagem global do ciclo de vida (OMS, 2015).

O envelhecimento ativo tem a influência direta de um conjunto de determinantes que cerca o indivíduo e as comunidades. Identificam-se seis determinantes que têm em comum duas áreas transversais, o género e a cultura, são eles: determinantes económicos; determinantes sociais; determinantes pessoais; determinantes comportamentais; ambiente físico; serviços sociais e de saúde. A importância da identificação destes determinantes e das suas dimensões prende-se com a sustentabilidade na definição de programas e políticas que promovam o EAS (OMS, 2015).

O envelhecimento ativo para a comunidade europeia é

uma estratégia coerente visando permitir um envelhecer saudável nas sociedades envelhecidas (...) a educação e a formação ao longo da vida; o prolongamento da vida activa; o adiamento da entrada na reforma e, mais progressivamente, por conseguir que as pessoas idosas se tornem activas durante a reforma e realizem actividades que reforcem as suas capacidades e preservem a saúde (CE, 2002, p.6).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) considera que o envelhecimento ativo deve ser entendido como

a capacidade de as pessoas que avançam em idade levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia. Isto significa que as pessoas podem elas próprias determinar a forma como repartem o tempo de vida entre as actividades de aprendizagem, de trabalho, de lazer e de cuidados aos outros (OCDE, 1998, p.92).

Estas organizações colocam o ênfase na atividade, para a OMS (2005, p.13) o termo “ativo refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho”. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável, que mantenha a autonomia e a independência, bem como a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados de saúde (OMS, 2005).

Ratificando esta ideia, Bowling (2008) num estudo realizado para identificar as percepções das pessoas mais velhas em relação ao envelhecimento ativo, salienta a necessidade de consciencialização deste conceito, para todas as pessoas incluindo as fragilizadas e dependentes. Alguns autores consideram haver pouca discussão sociológica sobre esta temática, sendo importante e necessária a investigação centrada na perspetiva da pessoa idosa, uma vez que os idosos com deficiências de aprendizagem e as suas experiências, são largamente ausentes das discussões do o envelhecimento ativo (Mendes, 2014; Foster, Boxall, 2015).

A nível nacional no que refere ao EAS, Portugal segue as orientações da Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e está de acordo com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), que contemplam a promoção do envelhecimento ativo e estão refletidos em iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do EAS e da Solidariedade entre Gerações (DGS, 2017).

O referido programa considera fundamental a valorização de algumas dimensões, tais como o reforço do papel das famílias, o reforço das relações intergeracionais, a valorização do papel do idoso, da participação ativa e do exercício dos direitos dos idosos, e a maior e melhor prevenção de situações de dependência. Salienta ainda a promoção de redes de suporte social, educação e possibilidade para a aprendizagem ao longo da vida, o combate à violência ou qualquer outra forma de abuso, obtendo-se ganhos em saúde como o aumento de anos de vida com qualidade.

Contribuir para a promoção do EAS, para a imagem positiva das pessoas idosas, como agentes indispensáveis de uma sociedade inclusiva, participativa, ativa e saudável, e encarando o aumento da esperança média de vida, com saúde e independência, o mais tempo possível é um dos objetivos da DGS. É essencial o desenvolvimento de programas de promoção de EAS com prática baseada na evidência, sustentados em estudos que evidenciem resultados de efetividade. As atividades de promoção do EAS incentivam as parcerias, incrementando o trabalho em equipa de serviços do setor da saúde público e privado, organizações e instituições académicas, criando oportunidades para identificar novos e melhores caminhos, para promover a saúde e o bem-estar dos idosos (Beattie, Whitelaw and Turner, 2003).

Na promoção do EAS os sistemas de saúde devem centrar-se na promoção da saúde, prevenção da doença, equidade no acesso a cuidados de saúde primários e cuidados continuados de qualidade numa perspetiva de abordagem ao longo do ciclo de vida. Nesta perspetiva em qualquer idade se pode iniciar a adoção de estilos de vida saudáveis. Como salienta Paúl, Ribeiro e Teixeira (2012) importa a prevenção de problemas de saúde e o aumento da resiliência psicológica, evitando a solidão e aumentando a felicidade e o bem-estar.

A nível dos serviços de saúde é diversa a intervenção do enfermeiro junto da população, tendo como foco a capacitação dos idosos, cuidadores informais e formais em diversas áreas da promoção do EAS. Tais como: capacitação na área da reconstrução de autonomia no autocuidado (alimentar-se, higiene e vestuário, transferir, posicionar, sanitário, sono repouso, gestão do regime terapêutico); capacitação de idosos e cuidadores sobre prevenção de quedas e outros acidentes em casa ou na rua e manutenção de um EAS ao longo da vida.

1.6 Modelo PRECEDE - PROCEED

Os modelos são fundamentais, orientam o pensamento, a observação e a prática dos profissionais de saúde, pelo que a escolha do modelo PRECEDE-PROCEED para este projeto, parece ser o mais adequado de acordo com a problemática em análise e o tempo de realização do mesmo. Deste modo,

é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades (OMS, 1986). Estas intervenções devem ter lugar em vários contextos como a escola, o trabalho e as organizações comunitárias e serem realizadas por organismos educacionais, profissionais e de solidariedade social Carvalho e Carvalho (2006, p.2).

PRECEDE-PROCEED é o acrónimo de Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation and Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development. A estrutura do modelo PRECEDE foi desenvolvida por Green, tendo evoluído como modelo de planeamento de programas de promoção da saúde na década de 70, a estrutura do modelo PROCEED foi desenvolvida em 1980 (Pedroso e Brito, 2014). O modelo é composto por 9 fases: as 5 primeiras são de diagnóstico (social, epidemiológico, comportamental e ambiental, educacional e ecológico, político e administrativo), a sexta fase refere-se à implementação; as três últimas dizem respeito á avaliação (a 7ª do processo, a 8ª do impacto e a 9ª dos resultados) (Anexo II).

Este modelo, assenta numa visão de que são diversos os determinantes de saúde, e os esforços para melhorarem a saúde da população, requerem uma ação multissetorial e multidimensional. O ponto de partida é a perceção da população sobre os problemas e a qualidade de vida, identifica os problemas de saúde que contribuem para a qualidade de vida e prioriza-os, são depois analisados para se estabelecerem os fatores de risco ambientais e comportamentais. Após análise identificam-se os fatores que influenciam os comportamentos de saúde e agrupam-se em fatores predisponentes, fatores facilitadores e fatores de reforço. De acordo com os recursos disponíveis implementa-se a intervenção e realiza-se a avaliação (Tones e Green, 2004).

2. METODOLOGIA

De acordo com Tavares (1990), o Planeamento em Saúde é um processo contínuo de previsão de recursos e serviços, para se alcançar os objetivos de acordo com as prioridades definidas, possibilitando a escolha das soluções mais adequadas à situação atual e previsíveis para o futuro. Assim, é composto por seis etapas (diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, operacionalização do projeto e avaliação). Sendo, fundamental o conhecimento e abordagem destas etapas para uma correta intervenção, permitindo a elaboração de eficientes projetos, dirigidos a problemas de saúde ou a problemas dos serviços com escassez de recursos, articulação entre vários setores ou formação profissional.

A metodologia acima descrita foi a utilizada neste projeto de intervenção de enfermagem comunitária.

2.1 Diagnóstico da Situação

O planeamento em saúde deve ser compreendido como um processo contínuo e dinâmico, havendo sempre possibilidade de avaliação e reformulação ao longo das fases que o compõem (Imperator, Giraldes, 1993)

A primeira fase é o diagnóstico da situação, deve ser alargado de forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e fatores condicionantes dos mesmos, aprofundado, de forma a explicar as causas dos problemas e sucinto e claro para que seja facilmente compreendido por todos.

Neste projeto o diagnóstico da situação foi realizado segundo o modelo PRECEDE, explanado no Apêndice II.

2.1.1 Diagnóstico Social

Nesta fase interessa identificar condições socioeconómicas e de qualidade de vida, para identificação dos problemas e definição das necessidades, sendo fundamental assegurar o envolvimento das pessoas alvo da intervenção.

2.1.1.1 Contextualização do local de intervenção

Uma vez que a intervenção visa a problemática do EAS na capacitação de CF, de duas IPSS do concelho de Almada, importa caracterizar a estrutura sociocultural do concelho e dos locais de intervenção, URPICA e CSPNSC (Apêndice II).

A avaliação para o diagnóstico social iniciou-se com a identificação da porta de entrada na comunidade, através da reunião com a Enfª Chefe da UCC Almada e com a Enfª Orientadora, para que o projeto fosse ao encontro do plano de ação da UCC, posteriormente procedeu-se à identificação dos informadores chave pelo que este contacto alargou-se às diretoras das IPSS parceiras.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993, p.46) “o diagnóstico científico deverá ser confrontado ou compatibilizado com as necessidades sentidas pela população ainda por mais duas razões: a primeira, complementar os dados disponíveis; a segunda, aumentar a receptividade às medidas que se venham a propor”.

Para a intervenção foram identificadas duas IPSS que prestam apoio a utentes cuidados pela ECCI de Almada e nas quais, a equipa identificou previamente necessidades reais de formação e ainda, por haver solicitação por parte das instituições parceiras. Em Abril de 2017 ocorreram as reuniões com a mestranda, a enfermeira coordenadora da equipa de ECCI Almada e as Diretoras da URPICA e CSPNSC, para solicitação da colaboração no projeto. Sendo que o objetivo principal do diagnóstico social é conhecer a perceção da população acerca das suas necessidades e qualidade de vida, a partir destas reuniões foi ainda possível identificar o instrumento de colheita de dados mais adequado à população e ao tema em estudo. As duas IPSS mostraram desde o início interesse na adesão e participação no projeto, disponibilizando os recursos materiais e humanos para a elaboração do diagnóstico de saúde pois foi aos C.F que se aplicaram os questionários e toda a intervenção.

2.1.2.1 População, população-alvo e amostra

Segundo Fortin (2009, p.311) a população define-se como “ um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns”.

A população alvo corresponde ao conjunto de pessoas que satisfazem os critérios definidos previamente para seleção (Fortin, 2009). Nesta situação concreta são os CF das IPSS, URPICA e CSPNSC, do concelho de Almada que prestam cuidados à pessoa dependente no autocuidado (PDA) no domicílio, acompanhadas pela ECCI de Almada, num total de 35. Foram definidos como critérios de inclusão para participar no projeto ter idade compreendida entre os 18 e os 64 anos, ser cuidador formal numa IPSS independentemente do vínculo laboral, e que aceite participar voluntariamente no projeto.

2.1.3.1 Técnicas e Procedimentos de Colheita de Dados

Da pesquisa nacional e internacional efetuada, identificou-se um instrumento que se aplicou aos CF no sentido de identificar necessidades formativas. O questionário (Anexo III) foi utilizado numa tese de mestrado em Enfermagem na área da Enfermagem Comunitária para identificação de necessidades formativas de Auxiliares de ação Direta e que pelas suas características se adequa ao projeto em causa, uma vez que em termos de funções desempenhadas são idênticas.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico e de avaliação de necessidades formativas aos CF das IPSS, após contacto telefónico com os parceiros agendou-se a aplicação dos questionários no período entre setembro e outubro em vários dias da semana, de manhã e à tarde para não perturbar o normal funcionamento das instituições, realizou-se por auto preenchimento e o tempo médio de preenchimento foi de cerca de 15 minutos. Os dados colhidos permitiram a caracterização da população e avaliação das necessidades formativas dos CF que prestam cuidados à PDA no domicílio. O questionário aplicado está dividido em três partes:

- Dados sociodemográficos – constituído por 11 questões com o objetivo de caracterizar a população;
- Necessidades de formação – dividido por 6 áreas de intervenção e 28 atividades desenvolvidas, sendo a resposta dada em função de uma escala gráfica (relativa ao grau de dificuldade) com o objetivo de identificar as necessidades de formação;
- Formação – constituído por 2 perguntas fechadas e 5 abertas, com o objetivo de conhecer a experiência de formação dos cuidadores formais e as suas necessidades

de formação.

2.1.2 Diagnóstico Epidemiológico

De acordo com o Eurostat 3 em cada 10 pessoas terão 65 ou mais anos em 2050 significa que o ratio entre os idosos (65+ anos) e os jovens (até aos 15 anos) irá aumentar (Cabral, 2013). Em 2015, da população residente em Portugal, 20,5% são pessoas com 65 ou mais anos, sendo a esperança de vida de 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres (PORDATA, 2017).

Almada é um dos Concelhos mais envelhecidos da Região de Lisboa e vale do Tejo com o índice de envelhecimento de 145,5 em 2015 (PORDATA, 2017). Em Almada de acordo com os censos de 2001 e 2011, o Índice de dependência dos idosos (por 100) subiu de 24,2 para 31,7. A mesma fonte revela ainda que o Índice de longevidade (por 100) passou de 37,3 para 46,7, o Índice de rejuvenescimento da população ativa (por 100) diminuiu de 124,3 para 84,6 e ainda o Índice sustentabilidade potencial passou de 4,1 para 3,2. Estes índices mostram a evidência quanto ao processo de envelhecimento e suas consequências, no domínio económico, social e de saúde.

A pirâmide etária do concelho de Almada esclarece na sua forma o duplo envelhecimento da população, estreitamento da base, (mostra uma baixa natalidade), e alargamento do topo (evidenciando mortalidade reduzida e elevada longevidade). De acordo com os censos em 2011, do total de pessoas de idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho, 63,7% viviam sós ou com outro idoso do mesmo grupo etário. Este panorama demográfico de envelhecimento, mostra possíveis necessidades de saúde na população idosa ou muito idosa.

O estudo realizado pelo CEPCEP (2012) concluiu que mais de 60% dos trabalhadores das IPSS são semi qualificados ou não qualificados e apenas 9% são quadros superiores, refletindo assim a baixa qualificação dos trabalhadores destas instituições pelo que decorre uma política muito ativa de formação. Cerca de 42% dos trabalhadores, trabalham á 4 ou menos anos, salientando-se que, 10% trabalham há mais de 20 anos, conduzindo a uma substituição nos próximos anos.

Na UE no que se refere ao apoio domiciliário o que se impõe é uma expansão do apoio a longo prazo na comunidade, de modo a permitir a partilha entre a família e o sector formal.

A avaliação epidemiológica permitiu o estabelecimento de objetivos, quer em termos do projeto de saúde, quer na operacionalização das atividades a desenvolver a fim de promover o envelhecimento ativo e saudável na capacitação dos CF.

2.1.3 Diagnóstico Comportamental e Ambiental

Nesta fase importa determinar e periodizar fatores de risco ambientais e comportamentais relacionados com os problemas identificados, procedendo-se à análise das atividades individuais/coletivas prioritárias para controle dos determinantes de saúde. No diagnóstico comportamental, realiza-se a análise sistemática dos comportamentos relacionados com os problemas identificados no diagnóstico social e epidemiológico. No diagnóstico ambiental analisam-se os fatores do ambiente físico e social, que podem estar relacionados com os comportamentos identificados ou com resultados esperados (Brito, 2014).

Mostrou-se facilitador a aplicação do questionário, a informação obtida serviu de base para uma reunião com a Enf^a Chefe da UCC, Enf^a orientadora, enfermeiros da ECCI e Diretoras das IPSS, onde se analisou a importância dos dados obtidos, sendo fundamental esta partilha para clarificar alguns assuntos e assegurar a participação contínua dos parceiros da comunidade em todo o processo, e a continuidade do mesmo após o fim do estágio pela equipa da ECCI.

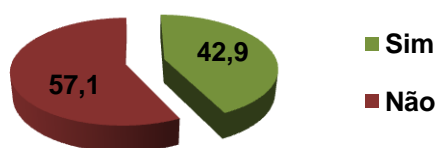
Toda a informação obtida a partir do questionário encontra-se explanada no Apêndice II, ainda assim salienta-se, em relação à **caracterização da população alvo** (questões 1,2,3,4), observa-se que são todos do sexo feminino, no que se refere à idade, o intervalo de maior expressão é o da faixa etária entre os 40 e os 60 anos, com 68,6% (24) dos CF, dados que vão ao encontro do que está descrito na literatura. No que concerne às habilitações literárias e contrariamente ao descrito na literatura que considera estes profissionais semiqualeificados ou não qualificados, a maior percentagem com 62,9% (22) dos CF, frequentaram o Ensino Secundário. Da partilha destes dados com as diretoras das IPSS percebeu-se que esta qualificação se obteve a partir dos processos de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências.

Na avaliação da **dimensão social**, *contexto laboral* (questões 6,7,8,9,10), quanto ao tempo de Serviço na Instituição quase metade, 45,7 %(16) refere

trabalhar na Instituição há mais de 10 anos. Contrariamente ao descrito na literatura em que existe grande rotatividade destes profissionais.

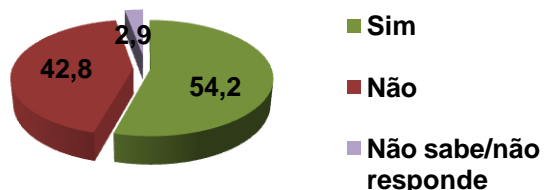
Na **dimensão afetiva** as questões (5,17,18,19,20,21,22,23) avaliam quais as experiências e sentimentos referentes à formação. No autorrelato no que concerne à formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente 57,1% (20), não teve formação e 42,9% (15) afirma ter formação nesta área, conforme gráfico 1.

Gráfico 1 - Formação para prestar cuidados à pessoa dependente



No que concerne, ao autorrelato sobre ter recebido formação para desempenhar a atual função, 54,3% (19) refere que sim e 42,8% (15) afirma que não teve formação, 2,9% (1) não sabe ou não responde, representado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Formação para desempenhar a atual função



Relativamente ao autorrelato da importância da formação para o desempenho das suas funções a totalidade dos CF (35) respondeu afirmativamente à questão.

De acordo com o solicitado no questionário, as questões (19,20,21,22) foram respondidas apenas pelos CF que realizaram ações de formação (N=19). Procedeu-se a análise de conteúdo das respostas às perguntas abertas para obtenção de informação qualitativa. A transcrição das respostas dadas, possibilitou a obtenção das unidades de registo e organização em categorias (Apêndice II).

A **dimensão cognitiva** foi avaliada nas questões (11,12,13,14,15 e 16), no que concerne ao autorrelato das dificuldades sentidas nas diversas áreas de intervenção foram consideradas as respostas que se posicionaram nos três últimos graus de dificuldade. Sendo que a correspondência à escala numérica presente nos questionários considerada foi a seguinte: 1– Sem Dificuldade; 2- Pouca Dificuldade; 3- Alguma Dificuldade; 4 - Moderada Dificuldade e 5 - Muita Dificuldade. Dos

resultados obtidos identificaram-se os problemas apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Problemas Identificados

- **Baixo** nº de CF com formação para prestar cuidados à pessoa dependente
- **Baixo** nº de CF com formação para desempenhar a atual função
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade na prestação de cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade nos posicionamentos/ mobilizações.
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade na Comunicação
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade na Prevenção de Úlceras de Pressão
- **Elevado** nº de CF que apresentam dificuldade na área da Autonomia
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade na prestação de cuidados em situações urgentes
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade na prestação cuidados ao doente com Demência

Na priorização dos problemas identificados, recorreu-se ao método utilizado no **Plano da Biscaia** e Método **DARE** (Decision Alternative Rational Evaluation), explanado na definição de prioridades. As áreas de intervenção priorizadas, e sujeitas a intervenção, foram a área de intervenção **Higiene e Conforto**, a área de intervenção **Alimentação** e a área de intervenção **Comunicação** (Apêndice II).

Neste contexto identifica-se o Comportamento social relacionado com a saúde (healthrelated social action) descrito como

qualquer actividade realizada por um indivíduo ou colectivamente (através de organizações, meios legais ou económicos) com o objectivo de influenciar a provisão de serviços de saúde ou os efeitos do meio ambiente, de alguns produto e, de regulamentos/normas sociais que influenciam a saúde (Pedroso e Brito, 2014, p.55).

Sendo estes comportamentos suscetíveis de mudança através de um programa de promoção de saúde.

2.1.4 Diagnóstico Educacional e Organizacional

De acordo com Green e Kreuter (1991), as intervenções de educação para a saúde podem definir-se como estratégias em que os participantes duma determinada comunidade obterão conhecimentos, habilidades, capacidades e oportunidades para: manter e melhorar a saúde individual, familiar e pública; utilizar

práticas de prevenção; utilizar adequadamente serviços e dispositivos de prevenção; compreender e participar, se possível, na tomada de decisão relativa aos seus serviços de saúde; compreender e aderir às instruções médicas prescritas; e participar na tomada de decisão relativa à saúde da comunidade onde residem (Brito, 2007).

Estabelecidos os comportamentos e fatores ambientais com mais impacto na situação de saúde relacionada com o EAS, na população-alvo da intervenção, procedeu-se à identificação dos fatores predisponentes, facilitadores e de reforço, permitindo organizar as intervenções de comunicação e educação em saúde e treino de competências (Apêndice II).

Os fatores identificados estão representados no Quadro 2

Quadro 2 – Fatores predisponentes, Fatores facilitadores e Fatores de reforço

Fatores Predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> - Autorrelato da maioria dos CF não ter formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente. - Autorrelato da maioria dos CF ter formação para desempenhar a atual função, sendo ainda assim uma % Baixa. -Autorrelato dos CF em relação às dificuldades sentidas nas áreas: posicionamentos /mobilizações; Comunicação; cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos; Prevenção de Úlceras de Pressão; Autonomia; prestação de cuidados em situações urgentes e prestação cuidados à pessoa com demência.
Fatores Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilidade da UCC Almada -Acessibilidade à equipa de enfermagem da ECCI -Interesse na formação -Autorrelato dos CF de que a formação recebida os ajudou desempenhar melhor as suas funções. -Autorrelato dos CF em relação às dificuldades sentidas nas várias áreas
Fatores de Reforço	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilidade da UCC Almada -Disponibilidade de apoio por parte da equipa de enfermagem da ECCI -Incentivo e participação ativa das Diretoras das IPSS na formação. -Preocupação das Diretoras das IPSS em ter pessoal qualificado, para melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PDA.

2.1.5 Diagnóstico Politico e Administrativo

Nesta fase foram avaliados os recursos disponíveis, (recursos humanos, materiais, temporais), identificadas as barreiras e politicas que suportam a intervenção e realizado o cronograma das sessões (Apêndice III).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025, no âmbito da Criação de ambientes potenciadores da integração e participação, na sua medida 20 - Incentivar o envelhecimento no contexto de proximidades da pessoa idosas (ageing in place), identificam várias ações, (Anexo IV), que suportam a intervenção proposta neste projeto.

As IPSS disponibilizaram as instalações e meios audiovisuais (datas show e LCD) e restantes equipamentos como cadeira de rodas, cama, cadeirão, maca e almofadas, para realizar as atividades.

Determinou-se a realização de 7 atividades durante o mês de novembro, formando-se grupos no máximo de 13 pessoas de cada IPSS, sendo realizadas nas salas polivalentes das referidas instituições.

2.1.6 Diagnóstico de Enfermagem

A OE (2015) considera a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ® versão 2015) um importante instrumento de trabalho, visando a uniformização de conceitos, catalogação de diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros, permitindo dar maior visibilidade aos cuidados de Enfermagem.

Pelo exposto, neste projeto recorreu-se a esta taxonomia para se identificarem os diagnósticos de enfermagem, apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Diagnósticos de Enfermagem

Papel do cuidador [formal] comprometido Potencial para melhorar o conhecimento/ capacidade do CF
<ul style="list-style-type: none">➤ na Comunicação com utente/família➤ no Cuidado à pessoa com necessidade de Posicionamentos/ Mobilizações➤ no Cuidado à pessoa portadora de dispositivos médicos➤ na Promoção de EAS➤ na Prestação de cuidados à pessoa com demência.➤ na Prevenção de Úlceras de Pressão.➤ na Promoção da Autonomia➤ na Prestação de cuidados em situações urgentes

Após priorização serão definidos os diagnósticos sobre os quais se irá intervir.

2.2 Definição de Prioridades

Na definição de prioridades selecionam-se os problemas a ser resolvidos, recorrendo-se a diversos critérios. “Na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação” (Imperator & Giraldes, 1993, p. 64). Isto é, o tempo disponível para a intervenção e a área de programação quer da UCC Almada, quer das IPSS parceiras. Apesar da importância de todos os problemas identificados, o projeto de intervenção sofreu condicionantes académicas devido ao tempo de duração do estágio, sendo necessário o uso de critérios para selecionar quais os problemas prioritários.

Para Tavares (1990, p.86) “todos os processos de decisão englobam sempre, de forma mais ou menos explícita, a adopção de critérios ponderados, com base nos quais se opta entre as alternativas possíveis”.

Na priorização dos problemas identificados, recorreu-se ao método utilizado no **Plano da Biscaia**, tendo como critérios a Magnitude, a Transcendência social, a Transcendência económica e a Factibilidade tecnológica, sendo o valor da escala de 1, 2 ou 3 de acordo com a gravidade do problema nos três primeiros critérios e com as possibilidades de prevenção no último critério (Anexo V).

Uma vez que as atividades desenvolvidas nas várias áreas de intervenção, eram muito extensas, foi necessário priorizar as que seriam alvo de intervenção. Foi usado o Método **DARE (Decision Alternative Rational Evaluation)** cujo ênfase é atribuído ao peso relativo de cada critério Primeiro estabelece-se qual o critério e depois qual o peso de cada critério escolhido.

As respostas obtidas no questionário estão de acordo com o grau de dificuldade sentido na sua realização, ordenadas numa escala de Likert, o que tornou facilitador a atribuição do peso relativo para cada critério (Apêndice IV).

Reuniu-se um grupo multidisciplinar de 5 peritos (Enf.^a coordenadora da UCC; Enf.^a Mestre em enfermagem na área de especialização Enfermagem Comunitária; Assistentes Sociais - Diretoras e Coordenadora técnica das IPSS). Tendo-se assim obtido os problemas priorizados (Apêndice V) e as atividades desenvolvidas

priorizadas para cada área de intervenção, em seguida procedeu-se então à priorização dos Diagnósticos de Enfermagem apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 - Diagnósticos de Enfermagem Priorizados

Papel do cuidador [formal] comprometido Potencial para melhorar o conhecimento/ capacidade do CF
<ul style="list-style-type: none">➤ na Comunicação com utente/família➤ no Cuidado à pessoa com necessidade de Posicionamentos/ Mobilizações➤ no Cuidado à pessoa portadora de dispositivos médicos➤ na Promoção de EAS

2.3 Fixação de Objetivos

Seguidamente à seleção das prioridades, estabeleceram-se os objetivos. Nesta etapa é necessário considerar quatro aspetos principais: seleção dos indicadores dos problemas prioritários; determinação da tendência dos problemas prioritários; fixação dos objetivos a atingir e tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (Imperatóri e Giraldes, 1993).

Os mesmos autores fazem referência aos indicadores dos problemas de saúde, como dois tipos de indicadores, os de resultado ou impacto e os de atividade ou de execução. Os indicadores de resultado, pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema. Um indicador de atividade ou de execução pretende medir a atividade desenvolvida para atingir os indicadores de resultado. Os indicadores de atividade e de resultado estabelecidos para este projeto, serão apresentados e avaliados na etapa de avaliação.

No que se refere à fixação de objetivos e sendo este o enunciado de um resultado desejável e, tecnicamente capaz de ser realizado por forma a alterar a evolução natural do problema (Imperatóri e Giraldes, 1993) e ainda de acordo com o modelo teórico subjacente a este projeto, importa estabelecer os objetivos comportamentais e ambientais prioritários.

Objetivo geral: Promover o EAS na capacitação de 75% dos CF das IPSS (URPICA e CSPNSC), que prestam cuidados à pessoa dependente no autocuidado no domicílio, abrangida pela ECCL de Almada, no período de novembro de 2017 a janeiro de 2018.

Objetivos específicos:

- Capacitar CF na área da Comunicação
- Sensibilizar os CF para a importância dos posicionamentos/ mobilizações
- Instruir os CF sobre posicionamentos/ mobilizações e prevenção de complicações
- Sensibilizar os CF para a importância dos cuidados à pessoa portadora de DM
- Instruir os CF sobre a prestação de cuidados à pessoa portadora de DM
- Capacitar CF na área do Envelhecimento Ativo e Saudável

Objetivos operacionais ou metas:

- Que 25% dos CF sejam capazes de descrever o conceito de Empatia
- Que 25% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 técnicas para ser eficaz na resolução de conflitos
- Que 25% dos CF sejam capazes de reconhecer o conceito de Escuta Ativa
- Que 25% dos CF sejam capazes de assumir a importância da comunicação nas relações interpessoais
- Que 25% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 Barreiras à Comunicação
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 1 vantagem dos posicionamentos e do levante.
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 1 dos princípios dos posicionamentos.
- Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer a importância da Mecânica Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas.
- Que 75% dos CF sejam capazes de indicar pelo menos 3 causas da imobilidade
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 complicações da imobilidade
- Que 30% dos CF sejam capazes de demonstrar pelo menos 1 mobilização.
- Que 30% dos CF sejam capazes de demonstrar pelo menos 1 posicionamento.

- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 2 situações em que é necessário contactar a equipa de enfermagem
- Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer a importância dos cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos (PEG, colostomias, ileostomias, sonda nasogástrica e algália).
- Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer o conceito de EAS

2.4 Seleção de Estratégias

Nesta etapa importa criar o processo mais adequado para diminuir os problemas de saúde considerados prioritários, a seleção de estratégias de saúde é o conjunto de técnicas específicas para atingir os objetivos com o fim de reduzir os problemas de saúde (Imperator, 1993). De acordo com o modelo PRECEDE-PROCEED os objetivos operacionais norteiam a definição de estratégias de promoção de saúde, compostas por atividades de informação, comunicação e educação em saúde, advocacia, reforço de políticas de saúde, criação ou melhoria dos serviços comunitários e mobilização comunitária.

Resultante da reunião com a equipa de peritos (Enfª Coordenadora UCC, Enfª Orientadora, Diretoras das IPSS e Coordenadora Técnica) a escolha da estratégia mais adequada para atingir os objetivos propostos foi a educação para a saúde, sendo esta técnica bem aceite pela população. Desta forma pretende-se promover a capacitação dos CF, em áreas que contribuam para melhorar o comportamento social relacionado com a saúde, no âmbito do EAS, visto os comportamentos identificados serem passíveis de mudança através de programas de promoção de saúde. De acordo com os autores do modelo teórico os fatores que influenciam os comportamentos individuais ou coletivos organizam-se em três categorias, os fatores predisponentes os fatores de reforço e os fatores facilitadores, assim procedeu-se à identificação dos principais fatores sendo estes o foco da intervenção.

Segundo Laverack, (2008, p12) a OMS (1986) “descreve a promoção de saúde como um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde”. A promoção de saúde visa reduzir as

desigualdades que existem a nível da saúde capacitando as populações para a completa realização de seu potencial de saúde, pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Só assim as populações ficam mais capazes para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções tendentes à saúde. O processo educativo é a melhor forma de elevar o nível de literacia em saúde dos indivíduos e comunidades.

Green e Kreuter (1991) consideram que a educação para a saúde

visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e coletivas, a promoção de saúde tem como objectivo as ações sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade, que permitem que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade realcem a saúde (Laverack, 2008, p12).

A educação para saúde é considerada como um instrumento de capacitação do indivíduo, sendo um processo que integra conhecimentos habilidades mas tendo em consideração a experiência pessoal anterior, os valores e crenças e fatores culturais.

Tendo em conta que o EEECSPP procede ao diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelece prioridades em saúde, formula objetivos e estratégias face às necessidades identificadas e ainda, contribui para a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos, foi pertinente que a autora assumisse a liderança do projeto e dinamização da equipa. Na intervenção a estratégia foi intervir no sentido de ao longo do projeto, alterar os fatores predisponentes e reforçar alguns fatores de reforço e facilitadores.

2.5 Operacionalização do Projeto

Para Imperatóri e Giraldes (1993), um projeto é uma atividade que se desenrola num período de tempo delimitado visando alcançar um resultado específico. A partir dos dados obtidos e após priorização, determinou-se o projeto de intervenção junto dos CF das IPSS, URPICA e CSPNSC através da realização de sessões de formação sobre os temas: Comunicação e EAS; EAS, Posicionamentos e Mobilizações; EAS, Cuidados à pessoa Portadora de Dispositivos Médicos. A formação na área Comunicação e EAS foi realizada apenas na IPSS do CSPNSC, pois na URPICA já estava agendada uma formação sobre Comunicação, por ser

uma das áreas previamente identificada pela Diretora da instituição para intervenção. Esta avaliação veio corroborar o diagnóstico realizado neste projeto.

Ao todo realizaram-se 7 sessões e foram estabelecidos os indicadores para avaliação de cada atividade.

Os produtos e serviços desenvolvidos durante a intervenção foram:

- Material de divulgação das sessões de formação (Apêndice VI);
- Plano de ação para cada sessão (Apêndice VII);
- Sessão de formação Comunicação, Envelhecimento Ativo e Saudável (Apêndice VIII);
- Sessão de formação EAS, Posicionamentos e Mobilizações (Apêndice IX e X);
- Sessão de formação EAS Cuidados à Pessoa portadora de Dispositivos Médicos. (Apêndice XI);
- Questionário Avaliação Formativa para cada sessão (Apêndice XII);
- Lista de ocorrências (Apêndice XIII);
- Questionário de satisfação do CF (Apêndice XIV).

Recursos humanos: para a divulgação das atividades foi pedida a colaboração das Diretoras Técnicas, na reunião diária lembrarem os CF das datas e afixação do cartaz A4, no placard de informações das IPSS com 1 semana de antecedência. As atividades foram realizadas pela autora, no entanto a Enfª Orientadora esteve sempre presente e participou ativamente em todas, a Enfª Coordenadora da UCC assistiu a uma atividade de cada tema. A articulação com todos os intervenientes foi fundamental no desenrolar do projeto, quer na disponibilização de recursos materiais quer na mobilização dos CF, na URPICA mobilizaram os CF de forma a dar continuidade aos cuidados, (divisão do grupo em 2), pois as atividades foram realizadas dentro do horário de funcionamento, na CSPNSC as atividades foram realizadas à noite, em horário pós-laboral, as mesmas decorreram nas salas polivalentes de cada IPSS.

Foi fundamental conhecer o contexto de trabalho dos CF, os seus interesses e o que para eles tem significado, pois só assim foi possível promover a motivação necessária, para através da intervenção se facilitar a aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades, conducentes a alterações de comportamentos, pois como nos diz Mão-de-Ferro (1999, p.77) para que aprendizagem aconteça é necessário a presença de um método e define-o como *“um conjunto coerente de acções do*

formador; destinadas a fazer desenvolver nas pessoas a capacidade de aprender novas habilidades, obter novos conhecimentos e modificar atitudes e comportamentos”.

Ao longo de todas as atividades promoveu-se o reforço da Autoeficácia manifestada pela perceção dos CF de que a formação que receberam os ajudou a desempenhar melhor as suas funções.

O EAS e a contextualização da importância do tema na prestação de cuidados à Pessoa Dependente no Autocuidado (PDA) no domicílio, foi abordada em todas as atividades devido ao facto de, como afirma (Pedroso e Brito, 2014), mesmo sabendo que a alteração de comportamento poderá não ocorrer por aumento dos conhecimentos ou tomada de consciência, o efeito cumulativo da consciência, compreensão, de reconhecer e recordar certos factos conduz a alteração de crenças, valores, atitudes, autoeficácia e no comportamento.

No final de cada atividade os CF preencheram o questionário de avaliação formativa e de avaliação de satisfação. Seguidamente descrevem-se as atividades realizadas

Comunicação Envelhecimento Ativo e Saudável – atividade realizada a 07/11/2017 às 19 h no CSPNSC Costa da Caparica, na sala polivalente. O objetivo foi capacitar os CF na área da Comunicação, EAS, na identificação de técnicas de resolução de conflitos e de Barreiras à Comunicação, no entender de conceitos como Escuta Ativa e Empatia, e importância da comunicação nas relações interpessoais.

Procedeu-se à apresentação de diapositivos e através de método expositivo, interrogativo e ativo realizou-se a contextualização da importância do tema na prestação de cuidados à (PDA) no domicílio. Abordou-se o processo de envelhecimento, o conceito de EAS e seus determinantes, a importância do cuidado centrado na pessoa, quais os elementos da comunicação, comunicação verbal e não verbal, a importância da comunicação nas relações interpessoais, algumas barreiras internas e externas à comunicação, o que é a empatia e escuta ativa e sua importância no cuidado ao outro. Identificámos ainda os princípios gerais do comportamento nas relações pessoais e gestão de conflitos.

A estratégia de leitura de 2 histórias e de visualização do filme sobre empatia/simpatia foi facilitadora para incentivar os CF a participarem na discussão,

expressando as suas opiniões de acordo com a análise que fizeram, desenvolvendo competências a nível do **saber saber** (aquisição de conhecimentos) e **saber ser** (modificação de atitudes) pois promoveu-se a tomada de consciência e a descoberta por parte dos CF.

EAS, Posicionamentos e Mobilizações- Realizada a 16/11/2017 às 19h no CSPNSC da Costa da Caparica, na sala polivalente. Teve como objetivo: Capacitar os CF na área do EAS, Posicionamentos e Mobilizações, nos princípios dos posicionamentos, na importância da Mecânica Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas, nas causas da imobilidade, nas complicações da imobilidade, na vantagem dos posicionamentos e do levantar, na demonstração de posicionamentos e mobilizações.

Procedeu-se à apresentação de diapositivos e através de método expositivo e demonstrativo, contextualizou-se a importância do tema na prestação de cuidados à PDA no domicílio, apresentou-se o conceito de EAS; Imobilidade: Causas e consequências; Posicionamentos: Princípios do Posicionamento, Tipos de posicionamentos, Vantagens dos Posicionamentos; Mecânica corporal: Princípios da Mecânica corporal; Demonstração de Posicionamentos: Decúbito Dorsal, Decúbito Lateral, Decúbito Semidorsal e Posição de Fowler; Demonstração de Mobilizações no leito, Transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa.

Quanto à demonstração da mobilização/posicionamento da PDA, e de forma a otimizar o tempo disponível, usou-se como estratégia agrupar os CF em grupos de 3, sendo que 1 CF fez de PDA (1,4,7,10) outro executou o posicionamento (2,5,8,11) e o terceiro CF corrigiu o que foi necessário (3,6, 9,12), realizou-se o registo em lista de ocorrências. Em todos os grupos foi necessário a mestrandia proceder à correção na colocação das almofadas, no alinhamento correto do corpo da PDA e na forma correta de segurar os membros para realizar os posicionamentos. Quanto às mobilizações, foram realizadas pelos CF que simularam ser a PDA e executaram a técnica de mobilização na cama, sentar na cama, pôr de pé, rodar, transferir e sentar na cadeira de rodas e cadeirão, sendo necessário corrigir a posição das mãos a segurar o resguardo e a posição do corpo no sentido do movimento. Na transferência foi corrigida a posição da cadeira de rodas em relação à cama.

Os CF solicitaram orientação na transferência da cama para cadeira de rodas em relação a uma situação real de cuidados devido ao grau de elevada

espasticidade da PDA, através da simulação demonstrou-se a forma mais eficaz de realizar o procedimento.

Nesta atividade o nível de saber a atingir foi para além do saber saber, (conhecimentos), também o de saber fazer, visando o conhecimento prático, situa-se no domínio do psicomotor, bem como do saber ser (modificação de atitudes) pois promoveu-se a tomada de consciência e a descoberta por parte dos CF para aplicação numa situação real de cuidados.

EAS, Posicionamentos e Mobilizações- Realizada a 14 e a 16/11/2017 às 16h no URPICA na sala polivalente. Teve como objetivo Capacitar os CF na área do EAS, Posicionamentos e Mobilizações, nos princípios dos posicionamentos, na importância da Mecânica Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas, nas causas da imobilidade, nas complicações da imobilidade, na vantagem dos posicionamentos e do levantar, na demonstração de posicionamento e mobilização.

Procedeu-se à apresentação de diapositivos e através de método expositivo e demonstrativo procedeu-se à contextualização da importância do tema na prestação de cuidados à PDA, no domicílio. Abordou-se o processo de envelhecimento, o conceito de EAS e seus determinantes, a importância do cuidado centrado na pessoa. Apresentou-se o conceito de EAS, Imobilidade: Causas e consequências; Posicionamentos: Princípios do Posicionamento, Tipos de posicionamentos, Vantagens dos Posicionamentos; Mecânica corporal: Princípios da Mecânica corporal; Demonstração de Posicionamentos: Decúbito Dorsal, Decúbito Lateral, Decúbito Semidorsal e Posição de Fowler; Demonstração de Mobilizações na maca, Transferência da maca para a cadeira e vice-versa.

Quanto à demonstração da mobilização e do posicionamento e de forma a otimizar o tempo disponível usou-se a mesma estratégia na atividade anterior agrupar os CF em grupos de 3 (1 fazer de PDA, outro executar o posicionamento e o terceiro CF fazer as correções necessárias). Em todos os grupos houve necessidade de correção na colocação das almofadas, no alinhamento correto do corpo da PDA e no posicionamento funcional das articulações. Quanto às mobilizações, os CF executaram a técnica de mobilização na maca, sentar na maca, pôr de pé, rodar, transferir e sentar na cadeira, efetuaram-se correções a nível dos princípios da mecânica corporal (postura e necessidade de alargamento da base de sustentação) e forma correta e eficaz de segurar a PDA, bem como a posição da cadeira em

relação à maca. Nesta atividade o nível de saber a atingir foi o de saber saber, (conhecimentos) e o de saber fazer, visando o conhecimento prático, situa-se no domínio do psicomotor e ainda do saber ser (modificação de atitudes) pois promoveu-se a tomada de consciência e a descoberta por parte dos CF para aplicação numa situação real de cuidados.

EAS Cuidados à Pessoa portadora de Dispositivos Médicos – Atividade realizada a 21/11/2017 às 19h no CSPNSC e na URPICA às 16h de 21 e 23/11/2017, nas salas polivalentes, esta atividade foi idêntica nas 3 sessões. Teve como o objetivo: Capacitar os CF na área do EAS, nos Cuidados à Pessoa com Dispositivos Médicos, nomeadamente com SNG: Cuidados à pessoa na manutenção da sonda (higiene e fixação, alimentação, Medicação) e Obstrução/Exteriorização da sonda; PEG: Cuidados na manutenção da sonda /Botão (higiene, alimentação, Medicação), Vigilância e Cuidados Peri estoma; outras ostomias: Cuidados à pessoa com ostomias; Algália: Mudança de saco coletor,- Esvaziamento do Saco Coletor de Urina, Vigilância.

Procedeu-se à solicitação de partilha da experiência que tinham com os vários dispositivos e à demonstração de alimentação pela SNG/PEG, mudança e esvaziamento de saco coletor de urina, bem como manuseamento de saco e placa de colostomia.

2.6 Avaliação

A avaliação deve ser precisa e pertinente, determina o alcançar dos objetivos, de acordo com normas ou critérios estabelecidos (indicadores) e confronta-os com as estratégias selecionadas. Engloba a avaliação de indicadores de atividade ou de execução, e de indicadores de resultado ou de impacto (Tavares, 1990).

De acordo com o modelo PRECEDE-PROCEED a avaliação é realizada em três fases são elas, a avaliação de processo, a avaliação de produção e a avaliação de resultados (Tones & Green, 2004).

A avaliação de processo consiste na avaliação das atividades desenvolvidas e da avaliação da satisfação dos CF (Apêndice XV) salienta-se que nas áreas apreciação geral, formadora e conteúdo da ação, a avaliação se situou maioritariamente entre muito satisfatório e extremamente satisfatório. A organização

da ação é um dos aspetos a melhorar, no que concerne à duração, prende-se com o facto de serem atividades com componente prática que requer maior disponibilidade de tempo.

Todas as atividades planeadas foram realizadas e resultante da avaliação permanente das atividades desenvolvidas, efetuaram-se alguns ajustes nomeadamente, em relação à disposição dos equipamentos de apoio, e na estratégia de mobilização de CF na demonstração de posicionamento e mobilização da PDA. De salientar como positivo a assiduidade e pontualidade dos CF nas formações, pois apenas 2 CF não estiveram presentes na última formação, por motivo de doença. Nas 7 atividades desenvolvidas, no total a taxa de adesão foi de 97,8%.

A **avaliação de produção** realizada a curto prazo, permite identificar os efeitos da intervenção, a nível dos objetivos comportamentais e ambientais relacionados com os fatores predisponentes, facilitadores e de reforço. A presença nas atividades da Enf^a Chefe da UCC e da Enf^a Coordenadora da equipa da ECCI (Enf^a orientadora), foi fundamental para reforçar alguns fatores facilitadores e de reforço, como sejam a disponibilidade da UCC, acessibilidade à equipa de enfermagem da ECCI e disponibilidade de apoio por parte desta. Através do feedback fornecido após as sessões, salientou-se a presença e a preocupação das Diretoras das IPSS, em pessoal qualificado para melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PDA, sendo estes importantes fatores de reforço.

Será importante referir que foram definidos indicadores para a realização das atividades e alcançados os resultados conforme o estabelecido no Apêndice XVI.

Importa agora avaliar se as metas estabelecidas foram atingidas. Nas primeiras 5 metas a percentagem definida foi de 25%, uma vez que a atividade Comunicação, EAS foi dirigida apenas a 37% dos CF. De acordo com os critérios estabelecidos (Apêndice XVI) apresenta-se no Quadro 5 os resultados obtidos, baseado na análise mesmo podemos concluir que as 5 metas propostas foram atingidas.

Quadro 5 - Comunicação, EAS, Metas e Resultados

Meta	Resultado
1 -Que 25% dos CF sejam capazes de descrever o conceito de Empatia	31,3% (11) dos CF descreveram o conceito de Empatia pois responderam corretamente à pergunta 4 e 14 do Questionário avaliação formativa – Comunicação
2 -Que 25% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 técnicas para ser eficaz na resolução de conflitos	37% (13) dos CF identificaram pelo menos 3 técnicas para ser eficaz na resolução de conflitos , pois responderam corretamente a pelo menos 3 das perguntas 2,7,13, e 16 do Questionário avaliação formativa - Comunicação
3 -Que 25% dos CF sejam capazes de reconhecer o conceito de Escuta Ativa	31,3% (11) dos CF reconheceram o conceito de Escuta Ativa pois responderam corretamente à pergunta 5 e 12. Questionário avaliação formativa – Comunicação
4 -Que 25% dos CF sejam capazes de assumir a importância da comunicação nas relações interpessoais	34,1% (12) dos CF assumiram a importância da Comunicação nas Relações Interpessoais responderam corretamente à pergunta 3 e 17. Questionário avaliação formativa – Comunicação
5 -Que 25% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 Barreiras à Comunicação	37% (13) dos CF identificaram pelo menos 3 Barreiras à Comunicação, responderam corretamente a pelo menos 1 das perguntas 8 e 10 do Questionário avaliação formativa – Comunicação

A atividade - EAS, Posicionamentos e Mobilizações, foi adequada para se alcançar as 7 Metas seguintes, de acordo com os critérios estabelecidos, e após análise do quadro 6, podemos concluir que as mesmas foram alcançadas.

Quadro 6 - EAS, Posicionamentos e Mobilizações, Metas e Resultados

Meta	Resultado
6 -Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos uma vantagem dos posicionamentos e do levante	91,4% (32) dos CF identificaram pelo menos 1 vantagem dos Posicionamentos e do Levante pois responderam corretamente às perguntas 8 e 9 (CSPNSC) e perguntas 8 e 10(URPICA) do Questionário avaliação Formativa Posicionamentos
7 - Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 1 dos princípios dos posicionamentos	94,3% (33) dos CF identificaram pelo menos 1 dos princípios dos posicionamentos pois responderam corretamente à pergunta 5 do Questionário avaliação formativa – Posicionamentos(URPICA e CSPNSC)
8 - Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer a importância da Mecânica Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas	97,1% (34) dos CF reconheceram a importância da Mecânica Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas pois responderam corretamente a pergunta 3 do Questionário avaliação formativa – Posicionamentos(URPICA e CSPNSC)
9 - Que 75% dos CF sejam capazes de indicar 3 causas da imobilidade	91,4% (32) dos CF indicaram 3 causas da imobilidade pois responderam corretamente à pergunta 7 (CSPNSC) e pergunta 2 (URPICA) do Questionário avaliação formativa – Posicionamentos
10 -Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 complicações da imobilidade	100% (35) dos CF identificaram pelo menos 3 complicações da imobilidade pois responderam corretamente à pergunta 2 e 6 (CSPNSC) e pergunta 6 (URPICA) do Questionário avaliação formativa – Posicionamentos
11 -Que 30% dos CF sejam capazes de demonstrar pelo menos 1 mobilização	31,4% (11) dos CF demonstraram pelo menos 1 mobilização de acordo com a lista de ocorrências
12 -Que 30% dos CF sejam capazes de demonstrar pelo menos 1 posicionamento	31,4% (11) dos CF demonstraram pelo menos 1 posicionamento de acordo com a Lista de ocorrências

As 3 Metas seguintes, e de acordo com os critérios estabelecidos foram igualmente atingidas, conforme se pode verificar ao efetuarmos a análise do Quadro 7

Quadro 7- EAS, Cuidados à Pessoa portadora Dispositivos Médicos, Metas e Resultados

Meta	Resultado
13- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos (PEG, colostomias, ileostomias, SNG e algália)	82,9 % (29) Identificaram pelo menos 3 cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos pois responderam corretamente à pergunta 2,4 e 5 do Questionário avaliação formativa – dispositivos médicos
14- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 2 situações em que é necessário contactar equipa de enfermagem	88,6% (31) dos CF Identificaram pelo menos 2 situações em que é necessário contactar a equipa de enfermagem pois responderam corretamente às perguntas 6 e 8 do Questionário avaliação formativa – dispositivos médicos
15- Que 75% dos CF sejam capazes reconhecer a importância dos cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos (PEG, colostomias, ileostomias, sonda nasogástrica e algália)	88,6% (31) dos CF reconheceram a importância dos cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos (PEG, colostomias, ileostomias, sonda nasogástrica e algália) pois responderam corretamente às perguntas 7 e 9 do Questionário avaliação formativa – dispositivos médicos

A partir da análise do Quadro 8, é possível concluir que a última Meta foi alcançada, através de todas as atividades desenvolvidas, e de acordo com os critérios estabelecidos.

Quadro 8 - Comunicação, EAS; EAS, Posicionamentos e Mobilizações; EAS, Cuidados à Pessoa portadora de Dispositivos Médicos, Metas e Resultados

Meta	Resultado
16 -Que 75% dos CF sejam capazes reconhecer o conceito de EAS	85,5% (30) dos CF reconheceram o conceito de EAS pois responderam corretamente às perguntas 1, 6,9,11 e 15 do Questionário avaliação formativa – Comunicação, EAS; às perguntas 1, 4, 7, 9 e 11 do Questionário avaliação formativa – EAS, Posicionamentos e mobilizações (URPICA), às perguntas 1, 4 e 10 do Questionário avaliação formativa – EAS, Posicionamentos e mobilizações (CSPNSC), à pergunta 1, 3 e 10 do Questionário avaliação formativa Cuidados à Pessoa portadora de dispositivos médicos.

A **Avaliação de resultados** é realizada a médio ou longo prazo, a partir dos resultados obtidos, identificando as mudanças de comportamento atribuíveis à intervenção efetuada. Esta avaliação deve ser realizada entre seis meses a um ano após a intervenção comunitária junto dos CF, pelo que o questionário inicial será novamente aplicado em outubro de 2018.

No entanto, após a intervenção constatou-se um aumento do nº de CF com formação para prestar cuidados à pessoa dependente, passou de 42,9% (15) para 94,3% (33), aumento do nº de CF com formação para desempenhar a atual função, passou de 54,3% (19) para 94,3% (33). Ainda assim, podemos salientar que com base no autorrelato das formações frequentadas não há referência a formações sobre EAS pelo que é lícito concluir que houve um aumento de 85,5% (30) dos CF com formação sobre EAS. E ainda, 100% (35) dos CF com formação em EAS, posicionamentos e mobilizações e 94,3% (33) dos CF com formação para prestar cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Ao longo de todo o projeto foram tidas em conta considerações éticas fundamentais para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Antes do preenchimento do questionário, os CF das IPSS parceiras foram informados sobre a finalidade e o objetivo do mesmo, foi pedido o seu consentimento informado e assinatura do mesmo, sendo-lhes entregue um duplicado. O modelo de consentimento informado, livre e esclarecido para participação neste projeto está de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo. O consentimento informado garante o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos e informa os CF que podem recusar ou interromper a sua participação no projeto em qualquer momento, informa ainda que a sua participação é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida (Apêndice XVII).

Quanto ao questionário utilizado como instrumento foi realizado o pedido de autorização à autora para a utilização do mesmo (Apêndice XVIII). Foi solicitado ao Diretor Executivo do ACES Almada-Seixal, autorização para a implementação e avaliação deste projeto na UCC Almada, no período compreendido entre setembro de 2017 e março de 2018, assim como a utilização dos resultados para fins académicos e a menção do nome do ACES e da UCC Almada aquando da apresentação dos resultados (Apêndice XIX). O projeto teve o parecer favorável do Núcleo de formação e investigação do ACES Almada-Seixal (Apêndice XX). Foi pedida autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados, que foi concedida mediante a alteração de um item do questionário, o qual se efetuou (Apêndice XXI).

Em todas as intervenções se teve presente os princípios do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), sendo as mesmas realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, observando os valores universais de na relação profissional, de igualdade, liberdade, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade bem como a competência profissional. A autora assumiu o compromisso de honra de anonimato e confidencialidade dos dados utilizados no projeto, bem como o financiamento do mesmo.

No que concerne ao desenvolvimento de competências, importa salientar o conceito de Enfermeiro Especialista proposto pela Ordem dos Enfermeiros, pelo Regulamento n.º 122/2011

o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2011 a).

De acordo com este regulamento, todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade, possuem competências partilhadas, as “competências comuns”, são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. No seu Artigo 4.º o referido regulamento identifica os quatro domínios das competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que se refere ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foram desenvolvidas competências ao longo de todo o projeto de estágio, ao pedir as devidas autorizações para realizar o diagnóstico de situação, ao promover a proteção dos direitos humanos, respeitando a confidencialidade, e ao respeitar e fazer respeitar, (não permitindo por parte de outrem qualquer tipo de coação), as opções culturais e morais dos CF, ao aceitar que os mesmos possam recusar responder aos questionários, bem como ao cumprir o dever de sigilo ao manter o anonimato da pessoa.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, evidenciam-se as competências desenvolvidas, com base no artigo 102º do código deontológico, dos valores humanos, em salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida, ao desenvolver o projeto “Promoção de EAS na capacitação dos CF”, contribuindo para a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Desenvolvidas competências no domínio da gestão dos cuidados, na tomada

de decisão clínica, fundamentada em evidência científica e experiência clínica (uso do pensamento crítico e prática reflexiva), na experiência da pessoa (reconhecer os seus valores e experiências individuais) e ainda do contexto (conhecimento do cenário de cuidados). Esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o projeto, desde a escolha e pertinência do tema, do modelo teórico subjacente, aos métodos de priorização e da estratégia escolhida.

Foram adquiridas competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, ao desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, reconhecendo os limites e recursos pessoais e profissionais e a forma como pode interferir nas relações terapêuticas e profissionais que estabelece. Bem como na identificação antecipada das dificuldades dos CF nomeadamente no que é o cuidado centrado na pessoa, nas áreas de tomada de decisão, comunicação e gestão de conflitos, desenvolvendo intervenções de enfermagem inovadoras. Através da divulgação junto do ACES do relatório de estágio bem como da sua discussão pública na ESEL.

De acordo com o Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro, a Ordem dos Enfermeiros considera que, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2011b).

A ordem refere ainda no mesmo documento que o enfermeiro, tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (OE, 2011b). Identifica ainda o perfil das competências específicas dos EEECS.

no artigo 4º é definido que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve adquirir as seguintes competências: a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas

de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento nº 128/2011:8667).

O desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, foi possível pela mobilização e integração de competências adquiridas ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na prática profissional. Após uma reflexão crítica e analisando as competências desenvolvidas pela mestranda, considera-se:

- Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade - A metodologia do Planeamento em Saúde esteve presente ao longo da toda a intervenção comunitária, desde o diagnóstico da situação, com fundamentação em dados epidemiológicos sobre o envelhecimento populacional, na aplicação de instrumentos de recolha de dados referentes à caracterização sociodemográfica e necessidades formativas dos CF das IPSS, na utilização de métodos (Plano de Biscaia e DARE) para priorização dos problemas identificados, nos diagnósticos de enfermagem elaborados, na definição dos objetivos e escolha da educação para saúde como estratégia adequada, até ao planeamento e avaliação, (indicadores de atividade e de resultado), de toda a intervenção, considerando os recursos disponíveis, com fundamentação no Modelo PRECEDE-PROCEED.

Considera-se assim a aquisição das cinco unidades de competência definidas no regulamento de competências específicas do EEECS (OE, 2011b). A partilha de informação durante as reuniões com a equipa da ECCI e Diretoras e Coordenadora Técnica das IPSS, permitiu completar informação, promover a adesão e colaboração no projeto, bem como viabilizar a sua continuidade. Esta parceria só foi possível através do trabalho realizado em equipa multidisciplinar, desenvolvendo-se competências de comunicação, gestão de recursos e negociação intersectorial.

- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades - Com o assumir a liderança ao longo de todo o projeto, o dinamizar a equipa, mobilizando os parceiros para a identificação e resolução de problemas de saúde. O desenvolvimento de parcerias e o criar sinergias entre setor da saúde (UCC-Almada/ECCI) e o setor social (IPSS parceiras), visando a continuidade do projeto,

sendo que este intenta exatamente a capacitação de um grupo na área identificada no diagnóstico de situação. O alcance desta competência só foi possível pela mobilização de saberes, de diferentes disciplinas enfermagem, comunicação, educação, ciências humanas e sociais.

- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde – A escolha do tema do projeto e o local de desenvolvimento do mesmo, vai ao encontro do referido pelo PNSPI (inserido no PNS 2004-2010) considera os três pilares fundamentais: a promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida, numa maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e ainda a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas. Ao que se acresce, proposto na ENEAS, no âmbito da Criação de ambientes potenciadores da integração e participação, na sua medida 20 - Incentivar o envelhecimento no contexto de proximidades da pessoa idosa.

- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.- Esta competência foi desenvolvida durante o diagnóstico da situação, na aplicação do questionário aos CF para colheita de dados, no tratamento e análise dos dados, e ainda na elaboração de indicadores apropriados para traçar o perfil epidemiológico dos CF.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população é um desafio para governos, responsáveis políticos, para a sociedade em geral, e profissionais de saúde em particular. A diversidade das capacidades e necessidades de saúde das pessoas idosas não é aleatória, mas resulta de eventos ao longo do ciclo de vida que muitas vezes podem ser modificados, salientando-se a importância de uma abordagem global do ciclo de vida (OMS, 2005).

A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, assumindo um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2011).

A realização deste projeto permitiu a aquisição de competências nesta área de especialização promovendo a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos, utilizando a metodologia do planeamento em saúde. Para além da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o projeto desenvolvido contribuiu para uma rentabilização e otimização de recursos, pois numa ótica de gestão e de acordo com a OMS (2015) as políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos, se instituídas, quer pelas organizações internacionais, quer pelos países ou governos, e pelas sociedades, podem assegurar o encargo financeiro com o envelhecimento.

De acordo com o estudo do CEPCEP (2012) em Portugal, os familiares são o maior número de cuidadores das pessoas idosas. Nos últimos anos surgiram alterações a nível da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas, o aumento das famílias unipessoais, nomeadamente dos idosos a viverem sozinhos (20% da população, de acordo com Censos 2011) e o aparecimento de novas formas de conjugalidade, pode resultar num aumento dos idosos institucionalizados. Ainda assim, se considerarmos o domicílio, o local de eleição para a prestação de cuidados à pessoa dependente, acresce uma responsabilização das famílias na prestação de cuidados, sendo indispensável a intervenção do enfermeiro na capacitação de cuidadores para apoio às famílias.

Este projeto de intervenção comunitária visou promover o envelhecimento ativo e saudável na capacitação de 75% dos CF de duas IPSS, que prestam cuidados à pessoa dependente no autocuidado no domicílio, abrangidos pela ECCI de Almada no período de novembro/2017 a janeiro/2018. Seguiu-se a metodologia do planeamento em saúde, tendo como suporte teórico o modelo de promoção de saúde PRECEDE-PROCEED. A estratégia utilizada neste projeto foi a educação para a saúde, após a intervenção constatou-se um aumento do número de Cuidadores Formais com formação para prestar cuidados à pessoa dependente e aumento do número de CF com formação para desempenhar a atual função.

Este projeto possibilitou a criação de parcerias com duas IPSS, numa perspetiva de atuação multidisciplinar e multissetorial nas respostas às necessidades das pessoas idosas e de quem delas cuidam, numa perspetiva de promoção de EAS. Foram criadas sinergias de atuação conjunta entre o setor da saúde e social o que permitirá dar continuidade ao percurso iniciado. Podemos ainda concluir que o objetivo proposto neste projeto foi alcançado, sendo que quanto à capacitação dos Cuidadores Formais, 85,5% (30) foram capacitados na área do Envelhecimento Ativo e Saudável.

O envelhecimento da população convida a enfermagem com base numa abordagem comunitária do cuidar, à construção de formas novas e criativas de cuidados baseados numa crescente base de conhecimento e num forte empenho da sociedade (Young, 2003). A nível dos serviços de saúde é diversa a intervenção do enfermeiro junto da população, tendo como foco a capacitação dos idosos e/ou cuidadores informais ou formais em diversas áreas como seja a promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Para Fleury e Fleury (2001, p.188) competência é *“um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”*. O conjunto de competências adquiridas pela mestranda no desenrolar do estágio, teve como princípio orientador, o dever de ser responsável pela sua aprendizagem, como um processo de autoconhecimento, gestão de sentimentos e emoções, reconhecendo os seus recursos e limites. O percurso realizado foi acompanhado de um processo reflexivo, tendo por base uma visão da realidade de forma estruturada, e procedendo à sua análise, nas suas diversas dimensões, permitindo o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Como nos diz Cabete (2009) a reflexão é um processo integrado e cíclico que facilita a compreensão de si e do outro nas transações da prática clínica, e contribui para a competência do pensamento crítico. Santos e Fernandes (2004, p.60) consideram que “a reflexão envolve a acção voluntária intencional de quem se propõe reflectir (...) a possibilidade de mudar, quer em termos de conhecimentos e crenças quer em termos pessoais”. A reflexão deve resultar em aprendizagem e visa mudar comportamentos, perspectivas e práticas (Cooney,1999).

Cabe ainda referir que visando o desenvolvimento de competências a Mestranda elaborou e apresentou no 1º congresso de enfermagem do Hospital Garcia de Orta, um Poster (Apêndice XXII) cujo objetivo foi divulgar o projeto de intervenção comunitária desenvolvido ao longo deste percurso. Ademais, conforme os Descritores de Dublin para o 2º ciclo, os mestrandos devem ser capazes de comunicar as suas conclusões (conhecimentos e os raciocínios que as suportam) de uma forma clara e não suscitando ambiguidades, quer seja para especialistas ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, I. M. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing?. *Aging & Mental Health* Vol. 12, No. 3, May 2008, 293 – 301
- Brito, I. (2007). Intervenção de Conscientização para Prevenção da Brucelose em Área Endémica. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Disponível em. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7216/2/Teselrma.pdf>
- Cabete, D. (2009). *Jornal de Aprendizagem: Conceito e Utilização*. Lisboa: ESEL.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva., P. Jerónimo., P., Marques., T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Canário, R. (2007). In Rodrigues, M. et al. *Processos de formação na e para a prática de cuidados* (pp.175-185). Loures: Lusociência
- Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006) - *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência, ISBN 972-8930-22-4
- Carvalho, M. I. (2010). *Os cuidados domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no concelho de Cascais*. Lisboa: ISCTE-IUL.
- Carvalho, M. I. (2016). Supervisão Profissional em Serviço Social: uma experiência de supervisão externa a coordenadores de serviços domiciliários para pessoas idosas. *Textos & Contextos*. Vol. 15, n. 1, p. 212 – 224.

CEPCEP - Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa
Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J., Sacadura, M. J. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa

COLLIÉRE, M.F. (2003) *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures. Lusociência

Cooney, A. C (2013). Reflection demystified: answering some common questions. *British Journal of Nursing*. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjon.1999.8.22.6429>

Costa, A. (2002). *Cuidar idosos, formação prática e competências dos enfermeiros*. Formasau.

Costa, A. (2013). *Fada famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa.

Costa, Arminda; [et al]. 1999. *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau

Decreto-Lei n.º 161/96. D. R. Série I-A. 205 (04-06-1996). 2959-2962. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro-REPE. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/.../REPE

Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

Direcção Geral Da Saúde (2015) - *Plano nacional de saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/PlanoNacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.

- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Plano Nacional de Saúde e estratégias locais de saúde*. Resenha dos planos de saúde: nacional - regionais – locais. Edição 2016. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/resenha-dos-planos-de-saude-nacional-regionais-locais-2016/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº 12427/2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Espanha, R., Ávila, P., Mendes, R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal- relatório síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf
- European Commission (CE). (2002). La Réponse de l'Europe au Vieillissement de la Population Mondiale. EUR-OP. 16
- European Commission.(2012). Active Ageing and Solidarity between Generations. A Statistical portrait of the European Union.
- Ferreira, António- Mano- de- (1999) Na Rota da pedagogia Lisboa, Edição Colibri
- Firmino, H., Simões, M., Cerejeira, J. (2016). *Saúde Mental das Pessoas mais velhas*. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda. ISBN:978-989-752-147-8
- Fleury, M.T.L., Fleury. A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, edição especial. p. (183-196).
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989 - 8075-18-5.
- Foster, L.,Boxall, K. (2015). People with learning disabilities and 'Active ageing' *British Journal of Learning Disabilities*.

- Green, LW. (2004). *Health promotion planning an educational and environmental approach*, Guia para desenvolvimento de investigação em promoção da saúde. Disponível em: <http://www.lgreen.net/precede.htm>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., Giraldes, M.R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Revista Electrónica: Destaque. Disponível em: www.ine.pt/INEWS. Dezembro.2011.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Revista Electrónica: Destaque. Disponível em: [file:///C:/Users/RUY/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012-2060%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/RUY/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012-2060%20(4).pdf)
- Júnior, J., Martins, C., Roza, L., Paulo, T., Ribeiro. M., Tribess, S. (2015). Prevalência de Incapacidade Funcional e Fatores associados em Idosos. *Texto Contexto - Enferm.* Florianópolis.2015 Abr-Jun; 24(2): 521-9 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001652014>
- Landeiro, M.J.L.; Peres, H.H.C.; Martins, T. (2015). Avaliação de necessidades informacionais dos cuidadores domiciliares. *Revista de Enfermagem da UFSM*. Vol. 5, nº3.pág.486-498.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde, Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Loureiro, I.; Miranda, N.; Miguel, J.M.P. (2010). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 31, nº 1 (Jan./Jun. 2013), p. 23-31
- Mendes, F. (2014). Active ageing: A right or a duty?, *Health Sociology Review*, 22:2, 174-185

McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*. Vol.9. p.202-209.

Miguel, M. E., Pinto, M. E., & Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Vol. 9, nº 3, p. 784-795. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17.htm>

OCDE (1998), *Preserver la Prospérité dans une Société en Vieillesse*.

Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde
Disponível em:
[file:///C:/Documents%20and%20Settings/Utilizador/Os%20meus%20documentos/Downloads/i005525%20\(4\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Utilizador/Os%20meus%20documentos/Downloads/i005525%20(4).pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing, a policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-do-idoso.aspx>

Organização Mundial de Saúde (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório Mundial de envelhecimento e saúde. Acedido 15/05/2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=4C1EB42814322313E93DFE2C4A59C7E6?sequence=6

Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Acedido em 30-1-2016. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_11109_16_Setembro_EstatutoOE.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011b). Regulamento 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista

em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da Republica*, 2ª série, nº 35, 8667- 8669.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). CIPE® Versão 2015 – Classificação internacional para a prática de enfermagem. Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros – maio de 2016

Paúl, C., Ribeiro, O., Teixeira, L. (2002). Active Ageing: An Empirical Approach to the WHO Model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, vol. 2012. Article ID 382972, 10 pages, 2012. DOI:10.1155/2012/382972

Pedroso, R., Brito, I. (2014). *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Tese de Doutoramento. Disponível no repositório da Universidade de Lisboa. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10572/1/ulsd067227_td_Fernando_Petronilho.pdf

Ribeiro, José L. Pais. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (3), 671-682. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>

Ribeiro, O., Pinto, C., Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 1 - Fev./Mar. 2014. P.25-36. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a04.pdf>

Rodrigues, C.A.L. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Dissertação Mestrado em Gestão das Organizações. Viana do Castelo.

Disponível

em:

http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1141/1/Catarina_Rodrigues.pdf

Sampaio, A., Rodrigues, F., Pereira, V., Rodrigues, S., Dias, C. (2011). Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Vol 2, nº 11, p. 590-613. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000200015&lng=pt&tlng=pt

Santos, E., Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*, nº 11, p. 59-62.

Schneider, R.H., Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*. Campinas. nº 25, pág. 585-593. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda. ISBN:978-972-757-717-0

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública- Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Sousa, M. M. G. D., & Menezes, M. O. (2015). Humanização dos Cuidados na Terceira Idade: Melhorar a Prática e o Desempenho Profissional no CSCRQ. Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação de Mestrado em Serviço Social.

Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, p.843-860.

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional

Tones, K., Green, J. (2004). *Health Promotion Planning and Strategies*. London: SAGE Publications.

Viegas, S. M., & Gomes, C. A. (2007). *A Identidade na Velhice*. Porto: Âmbar.

Young, H. (2003). Challenges and solutions for care of frail older adults. *Online Journal Of Issues In Nursing*, 8(2), p16.

ANEXOS

ANEXO I – ENEAS – Respostas Sociais



Respostas Sociais Pessoas Idosas			
Respostas Sociais	Conceito	Objetivos	Legislação
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	Prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária	<ul style="list-style-type: none"> * Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias * Garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar * Apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária * Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações intrafamiliares * Colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde * Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização * Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia. 	Portaria n.º 38/2013, 30 de janeiro
Centro de Convívio	Resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade.	Prevenir a solidão e o isolamento. Incentivar a participação e potenciar a inclusão social. Incentivar a participação e potenciar a inclusão social. Fomentar as relações interpessoais e intergeracionais. Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.	Sem legislação específica.
Centro de Dia	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.	Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes. Contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento. Prestar apoio psicossocial. Fomentar relações interpessoais e intergeracionais. Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida. Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização. Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.	Sem regulamentação específica. Guião Técnico n.º 8, Centro de Dia, editado pela ex-DGAS, aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996.



Centro de Noite	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por viverem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite	Acolher, durante a noite, pessoas idosas com autonomia. Assegurar bem-estar e segurança. Favorecer a permanência no seu meio habitual de vida. Evitar ou retardar a institucionalização.	Portaria n.º 96/2013, de 04 de março.
Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência	Consiste em integrar temporária ou permanentemente em famílias consideradas idóneas pessoas idosas e/ou adultas com deficiência, quando, por ausência ou falta de condições de família ou por inexistência ou insuficiência de recursos sociais, não possam permanecer no seu domicílio.	<p>* Acolher pessoas idosas e/ou adultas com deficiência (no máximo de três), que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza sociofamiliar e/ou em situação de insegurança;</p> <p>* Garantir à pessoa acolhida um ambiente sociofamiliar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade;</p> <p>* Evitar ou retardar o recurso à institucionalização;</p> <p>* Facilitar a interação com a comunidade;</p> <p>* Promover estratégias de reforço da autoestima e da autonomia pessoal e social.</p>	Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	Estabelecimento para alojamento onívivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.	<p>* Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;</p> <p>* Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;</p> <p>* Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;</p> <p>* Potenciar a integração social.</p>	Portaria n.º 67/2012, de 21 de março

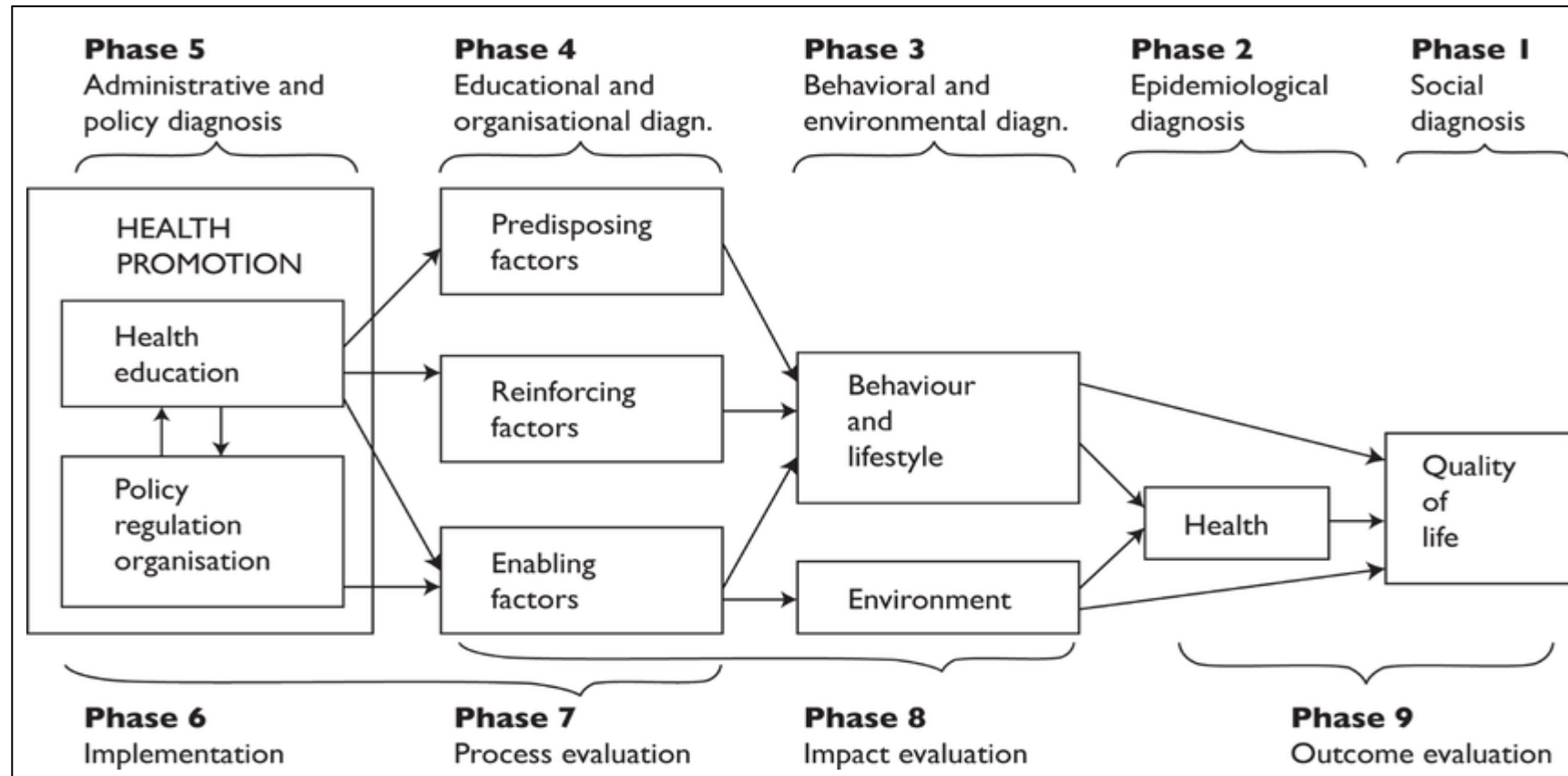
Fonte: www.seg-social.pt (abril 2017)

Guia Prático disponível em
http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos.

Outros apoios prestados pela Segurança Social: respostas sociais a pessoas adultas com deficiência, prestações sociais e outros serviços de apoio social, disponíveis em:
http://www.seg-social.pt/documents/10152/27270/acolhimento_familiar_pessoas_adultas_deficiencia/b0993281-5617-4dca-b5bc-a219c05cf130

ANEXO II – Modelo PRECEDE-PROCEED

PRECEDE



PROCEED

Modelo PRECEDE-PROCEED

Fonte: PRECEDE-PROCEED (Green and Kreuter, 1991) adaptado de Tones,K.,Green,J. (2004). *Health Promotion Planning an Strategies*. London, SAGE Publications

ANEXO III – Questionário aplicado aos Cuidadores Formais

Este inquérito por questionário é confidencial e as suas respostas destinam-se apenas a ser utilizadas pelo investigador, no âmbito de uma investigação sobre as necessidades de formação dos Auxiliares de Ação Direta.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1-Idade:

Menos de 25 anos ☐
De 25 a 40 anos ☐
40 a 60 anos ☐
Mais de 60 anos ☐

2-Género: M ☐ F ☐

3- Nacionalidade: _____

4-Habilitações literárias:

Analfabeto ☐
Escola Primária ☐
Ciclo Preparatório ☐
Ciclo Secundário ☐
Curso técnico-profissional ☐
Curso superior ☐

5-Tem formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente?

Sim ☐ Não ☐

6- Há quanto tempo trabalha na área?

Menos de um ano ☐
1 a 5 anos ☐
5 a 10 anos ☐
Mais de dez anos ☐

7- Há quanto tempo trabalha nesta instituição?

Menos de um ano ☐

1 a 5 anos ☐

5 a 10 anos ☐

Mais de dez anos ☐

8- Horas de trabalho semanal _____

9- Tipo de horário

Rotativo ☐ Fixo ☐

10-Tipo de contrato

Prestação de serviços ☐

Contrato a termo certo ☐

Efetivo ☐

II – AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

DAS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA

1 – Indique de 1 a 5 (sendo 1 sem dificuldade e 5 muita dificuldade) o grau de dificuldade com que desempenha as seguintes funções:

Áreas de Intervenção	Atividades desenvolvidas	Grau de Dificuldade				
		1	2	3	4	5
Higiene e conforto	Posicionamentos na cama					
	Banho na cama					
	Banho no chuveiro					
	Lavagem dos dentes e próteses dentárias					
	Higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)					
	Avaliação da pele e seus cuidados					
	Adequação do vestuário ao clima					
	Vestir/despir					
	Mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé)					
	Utilização de equipamentos adaptativos (andador, bengala, cadeira de rodas)					
Alimentação	Preparação de alimentos					
	Alimentação oral (por colher)					
	Alimentação por sonda nasogástrica					
	Alimentação por PEG					
	Administração de líquidos					
Eliminação	Colocação da fralda					
	Cuidados ao utente algaliado					
	Cuidados ao utente com dispositivo urinário					
	Características da urina e das fezes					
Autonomia	Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue					
	Responsabilizar o utente					
Segurança	Utilizar equipamento de proteção individual (luvas, avental)					
	Lavagem das mãos					
	Lavagem dos utensílios utilizados (bacias, corta unhas...)					
Comunicação	Comunicar com utente com limitações da fala					
	Comunicar com utente com limitações visuais ou auditivas					
	Comunicar com a família					
	Resolução de conflitos					

2 – Recebeu formação para desempenhar a sua atual função?

Sim ☐

Não ☐

3 – Considera a formação importante para o desempenho das suas funções?

Sim☐

Não☐

Se realizou ações de formação responda, por favor, as seguintes questões.

Se não passe para a questão nº 8.

4 – Que informações obtidas nas ações de formação considera importantes para o desempenho do seu trabalho?

5 – O que gostaria de ter aprendido?

6 – Com que periodicidade deveria ser dada a formação?

7 – Indique as ações de formação em que participou?

8 – Refira três áreas que gostasse de ver abordadas em formação?

Muito Obrigada pela sua Colaboração.

**ANEXO IV – ENEAS - Criação de ambientes potenciadores da
integração e participação – Medida 20**

Criação de ambientes potenciadores da integração e participação

20. Incentivar o envelhecimento no contexto de proximidades da pessoa idosas (ageing in place):

- Criar, organizar e divulgar redes de prestação de cuidados prestados no domicílio e em ambulatório, e apoiar nas necessidades pontuais de manutenção do conforto no domicílio das pessoas idosas;
- Incrementar a domiciliação dos cuidados através de uma abordagem integrada que inclua, entre outras, saúde, segurança social, autarquias, entidades/organizações do setor social e solidário;
- Identificar e avaliar sistematicamente os fatores externos que contribuam para as vulnerabilidades em saúde das pessoas idosas com comorbilidades;
- Desenvolver sistemas de informação que garantam a integração e continuidade de cuidados;
- Criar ambientes de suporte físico e social nos bairros, permitindo a permanência das pessoas idosas em suas casas e comunidades o maior tempo possível;
- Desenvolver sistemas de telemonitorização que permitam o “ageing in place” com qualidade e segurança;
- Incentivar a aprendizagem e utilização de tecnologias de informação e comunicação por parte das pessoas idosas (e-inclusão) com o objetivo de facilitar o processo designado por “ageing in place”;

(ENEAS, 2017, p.31-32)

ANEXO V – Plano Biscaia

Adaptado de Plano de saúde Biscaia/escolha de prioridade, in *Metodologia do Planeamento da Saúde* de Imperatori & Giraldes (1993)

Valor da Escala	Critério			
	Magnitude	Transcendência Social	Transcendência Económica	Factibilidade Tecnológica
1	Problema não preocupante pelos indicadores de morbilidade e mortalidade	O problema não afeta significativamente a população	Problema sem repercussão económica	Grandes dificuldades práticas ou técnicas na redução do problema
2	Importância média	Afeta parcialmente a população ou grupos importantes	Problema de efeito médio	Problema redutível mas as medidas ou tecnologia a utilizar são de difícil aplicação
3	Dimensão importante nos indicadores	Afeta toda a população ou grupos importantes	Grande repercussão económica por incapacidade ou perdas de produção	Problema que responde às medidas ou tecnologias que se apliquem

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão Scoping

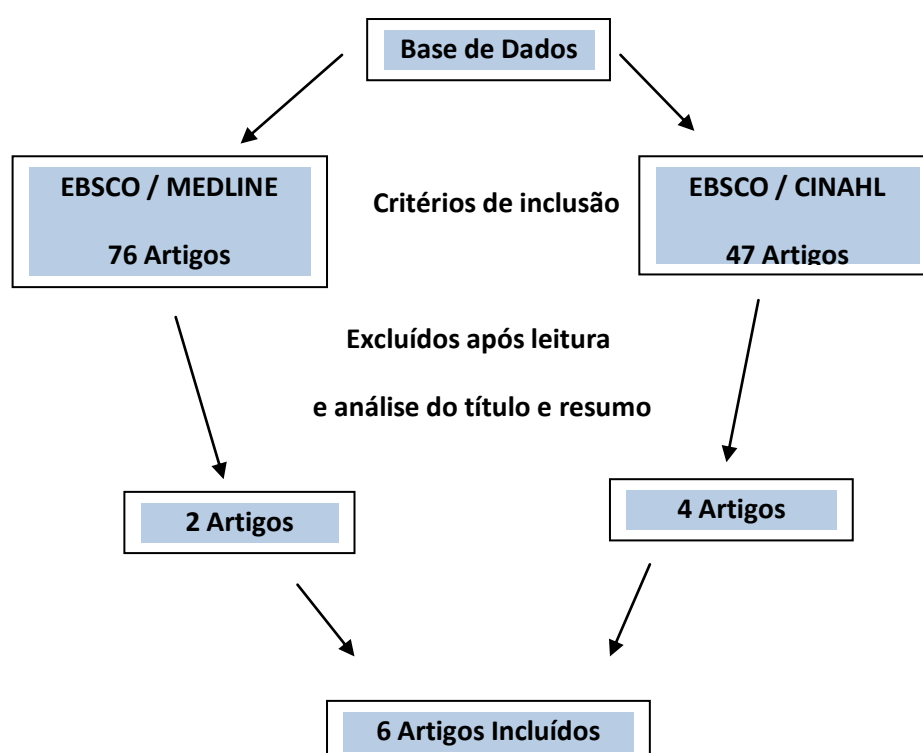
REVISÃO SCOPING

A Prática Baseada na Evidência implica a revisão da investigação, e esta é muito diversificada. De acordo com Ribeiro (2014) o sentido do termo "*scoping*" pode ser aprofundado, amplo, extenso e abrangente. Referindo-se a Armstrong, Hall, Doyle e Waters (2011), a revisão *scoping* é um processo que visa mapear a literatura ou evidência existente, é utilizada para identificar as variáveis e as lacunas existentes na literatura. Este tipo de revisão poderá contribuir para mapear conceitos chave subjacentes à área de investigação, bem como as principais fontes e tipos de informação disponível.

Foi utilizada a plataforma agregadora de bases de dados EBSCO; a pesquisa foi feita na MEDLINE e CINAHL, através da ligação vpn – ESEL. Foi usada uma terminologia que possibilitasse padronizar os vocábulos de modo a facilitar a organização da informação. Deste modo, foram aplicados na MEDLINE, os descritores MeSH (Medical Subject Headings) e na CINAHL os descritores Headings: Envelhecimento ativo/Active Ageing, Cuidador/Caregiver, Capacitação/Capacitation. Foram usados os operadores lógicos "OR". Os critérios de inclusão definidos foram: todos os artigos com texto completo, data de publicação entre 2004-2017 e resumo disponível. Dado o número elevado de artigos, foi definido, também, como critério de inclusão a língua – Português.

BASE DE DADOS	Número de Artigos Selecionados
MEDLINE	76
CINAHL	47
TOTAL	123

Depois de analisados os títulos e resumos dos estudos, foram excluídos diversos artigos pois não eram relevantes para o presente projeto. Após leitura dos restantes artigos foram excluídos os que pareceram inconclusivos e cujos resumos e palavras chave não continham informação importante para serem incluídos. No total foram incluídos 2 artigos da MEDLINE e 4 artigos da CINAHL. A pesquisa veio mostrar a importância da conscientização do conceito de envelhecimento ativo, aplicação de programas adequados à comunidade e individualmente, que sejam criativos e inovadores incluindo todas as pessoas, inclusive as frágeis e dependentes.



Autor	Local do Estudo/ tipo de estudo	Título/Finalidade	Resultados/conclusões
Felismina Rosa Mendes (2013) E 24	Portugal, Évora Universidade de Évora Análise sociológica da questão do envelhecimento ativo	Active ageing: A right or a duty? Análise sociológica da questão do envelhecimento ativo como um problema de insustentabilidade no futuro dos sistemas de segurança social baseado em um discurso dominado pela responsabilidade individual e a culpabilidade dos idosos.	Reflexão crítica sobre o conceito EA é entendido e aplicado nos domínios político social e económico. Importante e necessária investigação centrada na perspetiva da pessoa idosa. Tem havido pouca discussão sociológica relacionada com este conceito.
Liam Foster and Kathy Boxall (2015) E12	Austrália Revisão da Literatura	People with learning disabilities and ‘active ageing Este documento discute envelhecimento ativo e pessoas idosas com deficiência de aprendizagem.	Salienta que as pessoas mais velhas com deficiências de aprendizagem e as suas experiências são largamente ausentes das discussões do envelhecimento ativo. O artigo conclui argumentando que a investigação em envelhecimento ativo tenha em conta as preocupações e os interesses das pessoas idosas com deficiência de aprendizagem.
Ann Bowling (2007) E40	Grã- Bretanha Estudo transversal	Enhancing later life: How older people perceive active ageing? Identificar as perceções das pessoas mais velhas em relação ao envelhecimento ativo, e comparar com a literatura as perceções das pessoas mais velhas do envelhecimento bem sucedido e a qualidade de vida.	A perceção mais comum do envelhecimento ativo é manter a saúde física, a funcionalidade, atividades sociais e de lazer, atividade mental, relações sociais e de contacto. A saúde e qualidade de vida como fatores predisponentes do EA. O conceito para eles, não inclui os idosos frágeis no envelhecimento ativo (continuação)

Autor	Local do Estudo/ tipo de estudo	Título/Finalidade	Resultados/conclusões
(Cont.) Ann Bowling (2007) E40	Grã- Bretanha Estudo transversal	Enhancing later life: How older people perceive active ageing? Identificar as percepções das pessoas mais velhas em relação ao envelhecimento ativo, e comparar com a literatura	A necessidade de consciencialização para o conceito de envelhecimento ativo, para todos os idosos incluindo os fragilizados e dependentes.
Paúl et al (2012)	Portugal Estudo transversal	Active Ageing:an Empirical Approach to the WHO Model Este estudo visa validar a construção do envelhecimento ativo e testar de forma empírica o modelo da OMS	Existem variáveis objetivas e subjetivas que contribuem para um envelhecimento ativo, e as variáveis psicológicas parecem dar um importante contributo para a sua construção. É de esperar que o perfil do envelhecimento ativo varie entre contextos e culturas e pode ser usado para orientar intervenções específicas, individualmente ou na comunidade. A prevenção de problemas de saúde na idade adulta e o aumento da resiliência psicológica, evitando a solidão e aumentar a felicidade e o bem-estar subjetivo.

Autor	Local do Estudo/ tipo de estudo	Título/Finalidade	Resultados/conclusões
Beattie, Whitelaw and Turner (2003)	Estados Unidos da América	<p>.A vision for Older Adult and Health Promotion</p> <p>Mostrar a perspectiva dos profissionais de saúde em relação à promoção do envelhecimento ativo.</p>	<p>Consideram essencial o desenvolvimento de programas de promoção de envelhecimento ativo e saudável com forte prática baseada na evidência, sendo necessário estudos que evidenciem resultados de efetividade. As atividades de promoção do envelhecimento saudável incentivam as parcerias, incrementando o trabalho em equipa de serviços do setor da saúde público e privado, organizações e instituições académicas criando oportunidades para identificar novos e melhores caminhos para promover a saúde e o bem estar dos idosos.</p>
Young, H.M (2003)	Estados Unidos da América Revisão da Literatura	<p>CHALLENGES AND SOLUTIONS FOR CARE OF FRIAL OLDER ADULTS</p> <p>Este artigo analisa as questões relativas aos cuidados de saúde para os adultos mais idosos frágeis e aborda o impacto da fragilidade sobre o futuro sistema de cuidados de saúde</p>	<p>Apresenta desafios para o futuro dos cuidados, soluções criativas, sugestões para as futuras prioridades da enfermagem</p> <p>Soluções criativas incluem programas de gerenciamento de caso intensivo, direcionamento em risco adultos mais velhos, parcerias com famílias, utilização reforçada de telemedicina e de tecnologia assistida e a promoção do envelhecimento saudável</p>

APÊNDICE II – Diagnóstico da Situação

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Sónia Cristina Almeida Pereira Miguel

Lisboa

2018

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

Índice

1.	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	96
1.1	Diagnóstico Social.....	96
1.1.1	Contextualização do local de intervenção.....	97
1.1.2	População, população-alvo e amostra.....	100
1.1.3	Técnicas e Procedimentos de Colheita de Dados.....	100
1.2	Diagnóstico Epidemiológico.....	101
1.3	Diagnóstico Comportamental e Ambiental.....	103
1.4	Diagnóstico Educacional e Organizacional.....	115
1.5	Diagnóstico Político e Administrativo	117
1.6	Diagnósticos de Enfermagem	118

APÊNDICES

APÊNDICE I – Dimensão Afetiva – Experiências e sentimentos referentes à formação

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Formação para prestar cuidados à pessoa dependente.....
Gráfico 2 -	Formação para desempenhar a atual função.....
Gráfico 3 -	Expectativas relacionadas com a formação
Gráfico 4 -	Áreas que gostasse de ver abordadas em formação.....
Gráfico 5 -	Grau dificuldade nas atividades desenvolvidas na área de intervenção Higiene e Conforto.....
Gráfico 6 -	Atividades desenvolvidas na área de intervenção Higiene e Conforto após ponderação.....
Gráfico 7 -	Grau dificuldade nas atividades desenvolvidas na área de intervenção Alimentação.....
Gráfico 8 -	Atividades Desenvolvidas na Área Alimentação após ponderação.....
Gráfico 9-	Grau dificuldade nas atividades desenvolvidas na área de intervenção Eliminação.....
Gráfico 10-	Atividades Desenvolvidas na Área da Eliminação após ponderação
Gráfico 11	Comunicação, Envelhecimento Ativo e Saudável
Gráfico 12	Atividades Desenvolvidas na Área da Comunicação após ponderação

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -	Faixa etária do Cuidador
Tabela 2 -	Nacionalidade
Tabela 3 -	Habilitações Literárias
Tabela 4 -	Tempo de Exercício de Atividade
Tabela 5 -	Tempo de Serviço na Instituição
Tabela 6 -	Horas de Trabalho Semanal
Tabela 7 -	Vínculo Laboral

1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

De acordo com Imperatori e Giraldes, planeamento da saúde pode definir-se como "a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos" (1993, p.23).

Imperatori e Giraldes consideram que o planeamento em saúde deve ser compreendido como um processo contínuo e dinâmico, havendo sempre possibilidade de avaliação e reformulação ao longo das fases que o compõem.

A primeira fase é o diagnóstico da situação, deve ser alargado de forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e fatores condicionantes dos mesmos, aprofundado, de forma a explicar as causas dos problemas e sucinto e claro para que seja facilmente compreendido por todos.

Neste projeto o diagnóstico da situação foi realizado segundo o modelo PRECEDE.

a escolha de um modelo depende da preferência de quem o implementa e apoia, do tempo disponível para o planeamento, dos recursos disponíveis para a recolha/análise de dados e do nível de envolvimento dos parceiros e da população alvo. Por outro lado, na seleção do modelo a adotar deve ter-se em conta a sequência das várias etapas, a flexibilidade desse modelo que possibilite a adaptação à variação das situações e a sua funcionalidade (Brito, 2014, p.41).

1.1 Diagnóstico Social

Segundo Green & Kreuter (1991) diagnóstico social é

o processo de determinação da percepção da população acerca das suas necessidades e qualidade de vida e das suas aspirações para o bem comum, através da sua plena participação e pela aplicação de várias técnicas de recolha de dados, desenhadas para compreender a comunidade e a sua situação de saúde (Brito, 2007, p.201).

Nesta fase interessa identificar condições socioeconómicas e de qualidade de vida, para identificação dos problemas e definição das necessidades, sendo fundamental assegurar o envolvimento das pessoas alvo da intervenção.

1.1.1 Contextualização do local de intervenção

Uma vez que a intervenção visa a problemática do EAS na capacitação de CF, de duas IPSS do concelho de Almada, importa caracterizar a estrutura sociocultural do concelho e dos locais de intervenção, União de Reformados e Pensionista do Concelho de Almada (URPICA) e o Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Conceição (CSPNSC).

O concelho de Almada tem uma área de aproximadamente 70Km², com elevada densidade populacional, das mais elevadas da Península de Setúbal, é um dos nove concelhos desta Península, abrange uma população residente estimada de 166.148 indivíduos, constituído por onze freguesias Almada é um dos Concelhos mais envelhecidos da Região de Lisboa e vale do Tejo. Neste concelho verifica-se o aumento da prevalência de pessoas com doença crónica e incapacitante ao nível domiciliar. Relativamente ao número de nascimentos e contrariamente ao panorama nacional, Almada apresenta um valor superior à média nacional.

O aumento dos jovens e dos idosos, grupos que representam a população economicamente não ativa, conjuntamente com a redução do grupo considerado ativo, tem repercussões consideráveis no equilíbrio económico e social das comunidades do concelho, manifestando-se na evolução dos índices de dependência da população.

Segundo o Plano Local de Saúde Almada-Seixal (2013-2016) e de acordo com a consulta feita aos parceiros, sobre quais os grupos particularmente vulneráveis, os mesmos identificaram os idosos em geral e os idosos institucionalizados em lares.

A URPICA é uma associação formada desde 1978, visa proporcionar melhores condições de vida aos idosos e reformados do Concelho. A ideia da formação desta associação começou pelo dinamismo de algumas pessoas, que, através do seu trabalho voluntário, organizavam atividades para angariar verbas. Várias Instituições do Concelho contribuíram para a sua formação, em 1981 a URPICA foi registada no Livro das Associações de Solidariedade Social, sendo considerada Pessoa Coletiva de Utilidade Pública. Subsidiada pela Câmara Municipal, adquiriu instalações onde teve início o funcionamento do Centro de Convívio.

Desde 1982, que estabeleceu o primeiro "Acordo de Cooperação" com a Segurança Social e inaugurou a valência de Centro de Dia na Cova da Piedade e

aderiu ao GCI (Grupo Concelhio de Idosos do Concelho de Almada). Atualmente funcionam os Centros de Dia da Cova da Piedade, Laranjeiro e Almada-Velha e o Apoio Domiciliário nas freguesias da Cova da Piedade e Laranjeiro.

O Centro de Dia é uma resposta social, em que são prestados um conjunto de serviços, contribuindo para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar, presta apoio e promove as relações interpessoais e intergeracionais. Tem como principal objetivo a prevenção de situações de dependência, fomentando a autonomia. Os Serviços Prestados são: Alimentação, Transporte, Higiene Pessoal, Tratamento de roupas.

O Serviço de Apoio Domiciliário (S.A.D) é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e/ou família, que por motivo de doença ou deficiência não possam assegurar temporária ou permanente, a satisfação das suas necessidades básicas e atividades da vida diária, contribuindo para evitar ou retardar a institucionalização.

Os Serviços Prestados são: Alimentação, Higiene Pessoal, Tratamento de Roupas, Higiene Ambiental. Tem várias parcerias e protocolos (Santa casa da misericórdia de Almada, Clinicas dentárias, farmácias e Associação de Professores do Concelho de Almada).

O CSPNSC é uma IPSS sem fins lucrativos, constituída em 25 de Abril de 1989 e reconhecida em Diário da República como sendo Instituição de utilidade pública – em 15/02/1990. Para além da sede, conta com mais 5 equipamentos – Centro de Atendimento/Acompanhamento, Centro de Educação e Formação de Competências, Loja Social, Centro Local Apoio à Integração de Imigrantes (CLAII) e o Centro Infantil Padre Manuel Baltazar.

Presta serviços na área da infância (Creche e Jardim de Infância), dos idosos (Centro de Dia e Apoio Domiciliário), famílias (com o Centro Comunitário, RSI- Rendimento social de inserção, CLAII e Cantina Social).

É uma Instituição de cariz católico, integrada na pastoral social e caritativa da Diocese de Setúbal tem atualmente como missão a promoção de um desenvolvimento global e integrado do indivíduo e família, visando o combate à pobreza e a exclusão social; A promoção de integração e desenvolvimento comunitário, valorizando e reconhecendo o seu contexto familiar / cultural, bem como os direitos enquanto cidadãos, desenvolvendo ações concertadas de reparação, promoção e prevenção biopsicossocial, junto de indivíduos, grupos e

comunidade, famílias, crianças e jovens, idosos e pessoas em situação de vulnerabilidade (exclusão social, emergência social); A promoção do desenvolvimento comunitário mediante a promoção de iniciativas geradoras de polos de animação e potenciação de iniciativas locais geradoras de dinâmicas locais.

A avaliação para o diagnóstico social iniciou-se com a identificação da porta de entrada na comunidade, através da reunião com a Enfª Chefe da UCC Almada e com a Enfª Orientadora, para que o projeto fosse de encontro ao plano de ação da ECCI, posteriormente procedeu-se à identificação dos informadores chave pelo que este contacto alargou-se às diretoras das IPSS parceiras.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993, p.46) “o diagnóstico “científico” deverá ser confrontado ou compatibilizado com as necessidades sentidas pela população ainda por mais duas razões: a primeira, complementar os dados disponíveis; a segunda, aumentar a receptividade às medidas que se venham a propor”.

Para a intervenção foram identificadas duas IPSS que prestam apoio a utentes cuidados pela ECCI de Almada e nas quais, a equipa identificou previamente necessidades reais de formação e ainda, por haver solicitação por parte das instituições parceiras. Em Abril de 2017 ocorreram as reuniões com a mestrande, a enfermeira coordenadora da equipa de ECCI Almada e as Diretoras da URPICA e CSPNSC, para solicitação da colaboração no projeto. Em Abril de 2017 ocorreram as reuniões com a mestrande, a enfermeira coordenadora da equipa de ECCI Almada e as Diretoras da URPICA e CSPNSC, para solicitação da colaboração no projeto. Sendo que o objetivo principal do diagnóstico social é conhecer a perceção da população acerca das suas necessidades e qualidade de vida, a partir destas reuniões foi ainda possível identificar o instrumento de colheita de dados mais adequado à população e ao tema em estudo. As duas IPSS mostraram desde o início interesse na adesão e participação no projeto, disponibilizando os recursos materiais e humanos para a elaboração do diagnóstico de saúde pois foi aos C.F que se aplicaram os questionários e toda a intervenção.

1.1.2 População, população-alvo e amostra

Segundo Fortin (2009, p.311) a população define-se como “ um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns”.

A população alvo corresponde ao conjunto de pessoas que satisfazem os critérios definidos previamente para seleção (Fortin, 2009), nesta situação concreta são os CF das IPSS, URPICA e CSPNSC, do concelho de Almada que prestam cuidados a pessoas dependentes no autocuidado (PDA) no domicílio, acompanhadas pela ECCI de Almada, num total de 35. Foram definidos como critérios de inclusão para participar no projeto ter idade compreendida entre os 18 e os 64 anos, ser cuidador formal numa IPSS independentemente do vínculo laboral, e que aceite participar voluntariamente no projeto.

1.1.3 Técnicas e Procedimentos de Colheita de Dados

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE, 2008) e considerando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, bem como as Tomadas de Posição da Ordem dos Enfermeiros, estes têm um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Sendo o enfermeiro responsável pela conceção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, a tomada de decisão na sua prática clínica assenta numa abordagem sistémica e sistemática da avaliação realizada em determinada situação ou problema, suportando essa decisão através da observação direta e indireta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios ou métodos.

Partindo destes pressupostos efetuou-se a pesquisa bibliográfica nas bases de dados, as selecionadas foram a EBSCOhost; CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) with Full Text; MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) with Full Text.

Da pesquisa nacional e internacional efetuada, identificou-se um instrumento que se aplicou aos CF no sentido de identificar necessidades formativas. O

questionário (Anexo III) foi utilizado numa tese de mestrado em Enfermagem na área da Enfermagem Comunitária para identificação de necessidades formativas de Auxiliares de ação Direta e que pelas suas características se adequa ao projeto em causa, uma vez que em termos de funções desempenhadas são idênticas.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico e de avaliação de necessidades formativas aos CF das IPSS, após contacto telefónico com os parceiros agendou-se a aplicação dos questionários em vários dias da semana de manhã e à tarde para não perturbar o normal funcionamento das instituições, realizou-se por auto preenchimento e o tempo médio de preenchimento foi de cerca de 15 minutos, entre setembro e outubro. Os dados colhidos permitiram a caracterização da população e avaliação das necessidades formativas dos CF que prestam cuidados à PDA no domicílio. O questionário aplicado está dividido em três partes:

- Dados sociodemográficos – constituído por 11 questões com o objetivo de caracterizar a população;
- Necessidades de formação – dividido por 6 áreas de intervenção e 28 atividades desenvolvidas, sendo a resposta dada em função de uma escala gráfica (relativa ao grau de dificuldade), com o objetivo de identificar as necessidades de formação;
- Formação – constituído por 2 perguntas fechadas e 5 abertas, com o objetivo de conhecer a experiência de formação dos cuidadores formais e as suas necessidades de formação.

1.2 Diagnóstico Epidemiológico

De acordo com o Eurostat 3 em cada 10 pessoas terão 65 ou mais anos em 2050 significa que o ratio entre os idosos (65+ anos) e os jovens (até aos 15 anos) irá aumentar (Cabral, 2013). Em 2015, da população residente em Portugal, 20,5% são pessoas com 65 ou mais anos, sendo a esperança de vida 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres (PORDATA, 2017).

Costa (2013) com base num estudo realizado por Rato, Rodrigues & Rando, com vista à caracterização dos utentes admitidos na RNCCI, em 2008, em Unidades de internamento, refere que o principal diagnóstico de internamento são os

acidentes vasculares cerebrais (36%) e diagnósticos do foro músculo-esquelético (20%); quanto à propensão para quedas, cerca de 32% dos utentes apresenta uma situação de risco, apresentando uma forte relação com a funcionalidade; no que se refere à locomoção cerca de 60% foi classificado como incapaz, e cerca de 20% como dependente, sendo mais expressivo este compromisso nas mulheres e nos mais idosos; na autonomia física, cerca de 43% apresentava incapacidade e cerca de 42% apresentava dependência, igualmente mais expressivo nos mais idosos; na avaliação do estado cognitivo foi considerado mau em cerca de 40% e 54% apresentava compromisso neste parâmetro; quanto ao estado social apenas 11,5% apresentava uma situação satisfatória, sugerindo que cerca de 88% estava em situação insatisfatória, porquanto este estado social apresenta uma forte relação com a dependência.

Almada é um dos Concelhos mais envelhecidos da Região de Lisboa e vale do Tejo com o índice de envelhecimento de 145,5 em 2015 (PORDATA, 2017). Em Almada de acordo com os censos de 2001 e 2011, o Índice de dependência dos idosos (por 100) subiu de 24,2 para 31,7. A mesma fonte revela ainda que o Índice de longevidade (por 100) passou de 37,3 para 46,7, o Índice de rejuvenescimento da população ativa (por 100) diminuiu de 124,3 para 84,6 e ainda o Índice sustentabilidade potencial passou de 4,1 para 3,2. Estes índices mostram a evidência quanto ao processo de envelhecimento e suas consequências, no domínio económico, social e de saúde.

A pirâmide etária do concelho de Almada esclarece na sua forma o duplo envelhecimento da população, estreitamento da base, (mostra uma baixa natalidade), e alargamento do topo (evidenciando mortalidade reduzida e elevada longevidade). De acordo com os censos em 2011, do total de pessoas de idade igual ou superior a 65 anos, residentes no concelho, 63,7% viviam sós ou com outro idoso do mesmo grupo etário. Este panorama demográfico de envelhecimento, mostra possíveis necessidades de saúde na população idosa ou muito idosa.

Perante este cenário e num mundo de permanente mudança tecnológica, social e política, as respostas às necessidades da população devem resultar de uma ação conjunta de vários setores tendo em conta os determinantes do envelhecimento ativo.

O estudo realizado pelo CEPCEP (2012) concluiu que mais de 60% dos trabalhadores das IPSS são semi qualificados ou não qualificados e apenas 9% são

quadros superiores, refletindo assim a baixa qualificação dos trabalhadores destas instituições pelo que decorre uma política muito ativa de formação. Cerca de 42% dos trabalhadores, trabalham á 4 ou menos anos, salientando-se que, 10% trabalham há mais de 20 anos, conduzindo a uma substituição nos próximos anos.

Na UE no que se refere ao apoio domiciliário o que se impõe é uma expansão do apoio a longo prazo na comunidade, de modo a permitir a partilha entre a família e o sector formal. Este reforço dos cuidados domiciliários a idosos, não põe em causa a necessidade de institucionalização em situações agudas ou temporárias que o justifiquem.

A avaliação epidemiológica permitiu o estabelecimento de objetivos, quer em termos do projeto de saúde, quer na operacionalização das atividades a desenvolver a fim de promover o envelhecimento ativo e saudável na capacitação dos CF.

De acordo com Green & Kreuter (1991), citados por Brito (2014) respondeu-se às seguintes questões:

- A quem se dirige o programa? Cuidadores formais que prestam cuidados `a PDA no domicílio cuidados pela ECCI de Almada
- Que benefícios de saúde devem receber? Capacitação dos CF na área do EAS.
- O que se espera como resultado? Promover a articulação e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas de acordo com o preconizado no PNSPI.
- Por quanto tempo? A intervenção foi posta em prática de Novembro de 2017 a Janeiro de 2018 mas apresenta sustentabilidade para continuar devido as sinergias criadas entre parceiros e UCC Almada.
- A quem compete fornecer os serviços? UCC Almada - Mestranda e equipa de Enfermeiros da ECCI de Almada.

1.3 Diagnóstico Comportamental e Ambiental

Nesta fase importa determinar e periodizar fatores de risco ambientais e comportamentais relacionados com os problemas identificados, procedendo-se à análise das atividades individuais/coletivas prioritárias para controle dos determinantes de saúde. No diagnóstico comportamental, realiza-se a análise sistemática dos comportamentos relacionados com os problemas identificados no diagnóstico social e epidemiológico. No diagnóstico ambiental analisam-se os

fatores do ambiente físico e social, que podem estar relacionados com os comportamentos identificados ou com resultados esperados (Brito, 2014).

Mostrou-se facilitador a aplicação de um questionário, a informação obtida serviu de base para uma reunião com a Enfª Chefe da UCC, Enfª orientadora, enfermeiros da ECCI e Diretoras das IPSS, onde se analisou a importância dos dados obtidos, sendo fundamental esta partilha para clarificar alguns assuntos e assegurar a participação contínua dos parceiros da comunidade em todo o processo, e a continuidade do mesmo após o fim do estágio pela equipa da ECCI.

Quanto à caracterização da população alvo (questões 1,2,3 e 4) observa-se que em relação à idade, o intervalo de maior expressão é o da faixa etária entre os 40 e os 60 anos, com 68,6% (24) dos CF, que vai ao encontro do descrito na literatura. No grupo etário compreendido entre os 25 e os 40 anos a percentagem é de 25,7% (9) e com mais de 60 anos de 5,7% (2), como se visualiza na Tabela 1.

Tabela 1- Faixa etária do Cuidador		
	N	%
De 25 a 40 anos	9	25,7
40 a 60 anos	24	68,6
> a 60 anos	2	5,7
Total	35	100,0

Todos os CF são do género feminino. No que se refere à nacionalidade, 97,1% (37) dos CF são portugueses e 2,9% (1) são de nacionalidade estrangeira, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Nacionalidade		
	N	%
Portuguesa	34	97,1
Outra	1	2,9
Total	35	100,0

No que diz respeito às habilitações literárias, 62,9% (22) dos CF frequentaram o Ensino Secundário, 17,1% (6) o Ciclo Preparatório, 8,6% (3) de CF frequentaram o Ensino Superior, 5,7% (2) o Curso Técnico Profissional, o Ensino Primário foi

frequentado por 2,9% (1) dos CF, igual percentagem não sabe/não responde e não existem CF analfabetos, como se observa na Tabela 3.

Tabela 3 - Habilitações Literárias		
	N	%
Escola Primária	1	2,9
Ciclo Preparatório	6	17,1
Ciclo Secundário	22	62,9
Ciclo Técnico Profissional	2	5,7
Curso Superior	3	8,6
Não sabe/não responde	1	2,9
Total	35	100,0

No que diz respeito às habilitações literárias e contrariamente ao descrito na literatura que considera estes profissionais semiqualeificados ou não qualificados, a maior percentagem com 62,9% (22) dos CF, frequentaram o Ensino Secundário. Da partilha destes dados com as diretoras das IPSS percebeu-se que esta qualificação se obteve a partir dos processos de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências.

Na avaliação da **dimensão social - contexto laboral**, (questões 6,7,8,9,10) podemos verificar, no que se refere ao tempo de exercício da atividade, quase metade de CF 45,7 % (16) tem esta profissão há mais de 10 anos. Cerca de 22,9% (8) de CF, exercem a profissão entre 1 a 5 anos e entre 5 a 10 anos. A percentagem mais baixa com 8,6% (3) exerce a profissão há menos de 1 ano - Tabela 4.

Tabela 4 - Tempo de Exercício da Atividade		
	N	%
< de 1 ano	3	8,6
1 a 5 anos	8	22,9
5 a 10 anos	8	22,9
> de 10 anos	16	45,7
Total	35	100,0

Relativamente ao tempo de Serviço na Instituição, quase metade dos CF

45,7% (16) trabalham na Instituição há mais de 10 anos. Entre 5 a 10 anos trabalham 22,9% (8) dos CF e entre 1 a 5 anos 14,3% (5). Os CF que trabalham há menos de 1 ano nas instituições são 17,1% (6), conforme se observa na Tabela 5. Contrariamente ao descrito na literatura em que existe grande rotatividade destes profissionais

Tabela 5 - Tempo de Serviço na Instituição		
	N	%
< de 1 ano	6	17,1
1 a 5 anos	5	14,3
5 a 10 anos	8	22,9
> 10 anos	16	45,7
Total	35	100,0

A maioria dos CF trabalha 37 horas/semana, que corresponde a 37,1% (13); 22,9%(8) trabalha 40 horas semanais, 20% (7) trabalha 38 horas. Com igual percentagem, 8,6 % (3) temos CF a fazer 35 e 36 horas semanais, 2,9% (1) não sabe ou não responde, em evidência na Tabela 8.

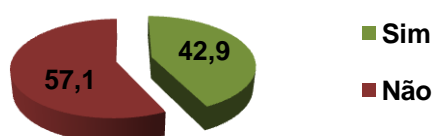
Tabela 6 - Horas de trabalho semanal		
	N	%
35,00	3	8,6
36,00	3	8,6
37,00	13	37,1
38,00	7	20,0
40,00	8	22,9
Não sabe/não responde	1	2,9
Total	35	100,0

A maioria dos CF, 62,9% (22) trabalha em horário rotativo e 37,1% (13) em horário fixo. No que se refere ao vínculo de laboral, a grande maioria é efetiva 74,3% (26). Cerca 25,7% (9) tem contrato de trabalho a termo certo, não existindo CF a trabalhar em regime de prestação de serviços, como se visualiza na Tabela 7.

Tabela 7 - Vínculo Laboral		
	N	%
Contrato a Termo Certo	9	25,7
Efetivo	26	74,3
Total	35	100,0

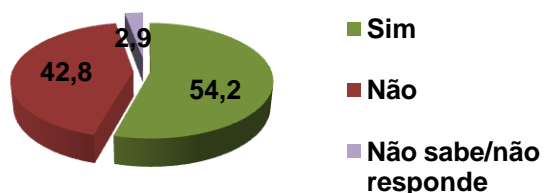
Na **dimensão afetiva** as questões (5,17,18,19,20,21,22,23) avaliam quais as experiências e sentimentos referentes à formação. No autorrelato no que concerne à formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente 57,1% (20), não teve formação e 42,9% (15) afirma ter formação nesta área, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 - Formação para prestar cuidados à pessoa dependente



No que concerne, ao autorrelato sobre ter recebido formação para desempenhar a atual função, 54,3% (19) refere que sim e 42,8% (15) afirma que não teve formação, 2,9% (1) não sabe ou não responde, representado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Formação para desempenhar a atual função



Relativamente ao autorrelato da importância da formação para o desempenho das suas funções a totalidade dos CF (35) respondeu afirmativamente à questão. De acordo com o solicitado no questionário, as questões (19,20,21 e 22) foram respondidas apenas pelos CF que realizaram ações de formação (N=19).

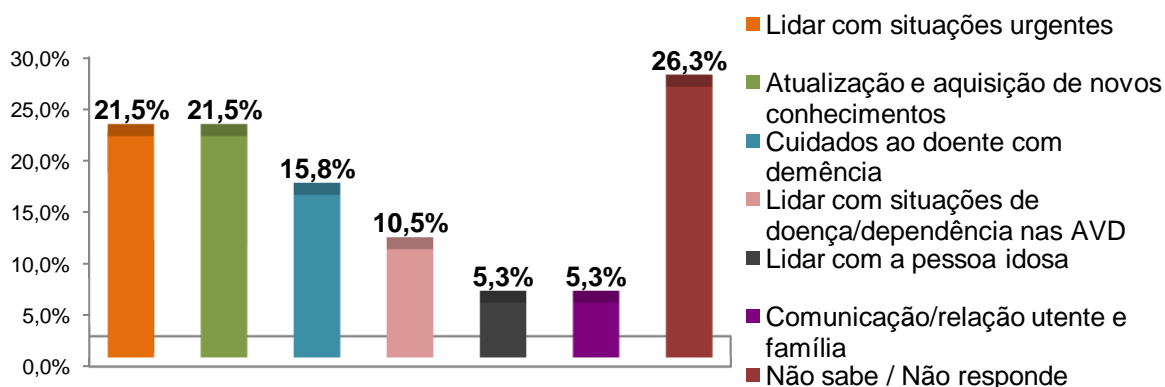
Procedeu-se a análise de conteúdo das respostas às perguntas abertas para obtenção de informação qualitativa (Apêndice I). Entende-se por análise de conteúdo “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos

relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2015, p.44). As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2015).

A transcrição das respostas dadas, possibilitou a obtenção das unidades de registo e organização em categorias (Apêndice I). Da análise efetuada resultou a seguinte informação, no **autorrelato da importância da formação no desempenho das funções** cerca de 42,1% (8) dos CF considerou que a formação recebida os ajudou a Lidar com situações de dependência nas AVD e para 21,5% (4) dos CF, toda a informação obtida em formação é considerada importante para desempenho das funções. Igual percentagem considera que a formação obtida os ajudou a Lidar com situações urgentes e não sabe ou não responde, 15,8% (3) considera que os ajudou a lidar com as pessoas, com 5,3% (1) respondeu lidar com a pessoa idosa, Comunicação/relação utente e familiar lidar com pessoas com demência.

No que se refere ao **autorrelato do que gostaria de ter aprendido com a formação**, cerca de 21,5% (4) dos CF referiu o atualizar e adquirir novos conhecimentos, bem como saber lidar com situações urgentes. 15,8% (3) dos CF relatam o saber prestar cuidados ao doente com demência e 10,5% (2) aprender a lidar melhor com situações de doença/dependência nas Atividades de vida diária. 5,3% (1) referiu o aprender a lidar com a pessoa idosa e igual percentagem o comunicar com utente e família. 26,3%(5) não sabe/não responde, conforme representado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Expectativas relacionadas com a Formação

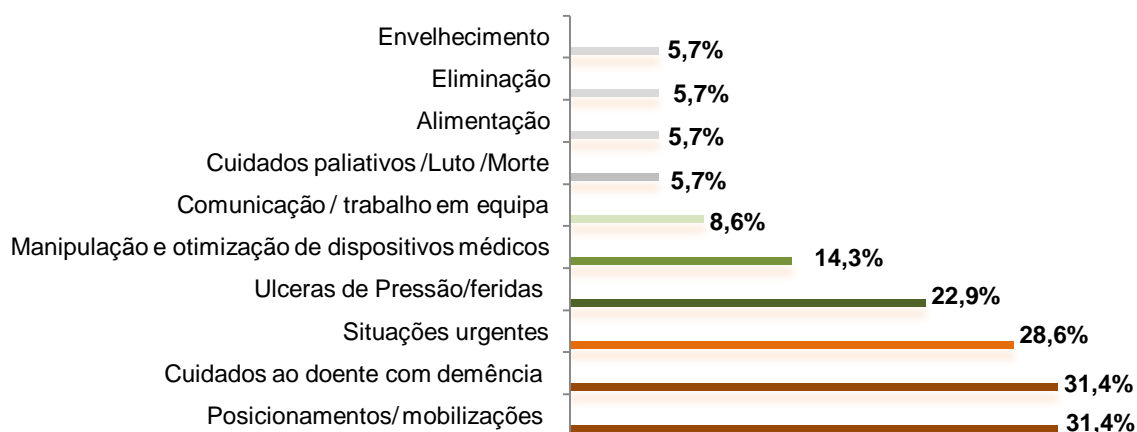


Relativamente à opinião sobre a periodicidade da formação, 26,3% (5) respondeu que deveria ser anual; 15,8% (3) considera que deveria ser semestral; para 10,5% (2) a formação deveria ser dada de 2 em 2 anos; 5,3% (1) considera que deveria ser continua e igual número de CF responde que deveria ser de 3 em 3 anos.

Relativamente às ações de formação frequentadas a grande maioria dos CF 57,9% (11) recebeu formação sobre Geriatria / pessoa com dependência; 31,6%(6) teve formação sobre como lidar com situações urgentes; 21,5%(4) teve formação sobre Higiene e segurança no trabalho; com igual percentagem 5,3% (1) responderam Cuidar a pessoa com doença crónica e Cuidados ao doente com demência.

No **autorrelato das áreas que gostariam de ver abordadas em formação** a totalidade dos CF (N=35, esta pergunta era dirigida a todos os CF) referiu: Posicionamentos/Mobilizações e Cuidados ao doente com demência 31,4% (11), situações urgentes com 28,6% (10), Úlceras de Pressão e feridas com 22,9% (8), Manipulação e otimização de dispositivos médicos com 14,3% (5) com a percentagem de 8,6 %(5) a área de comunicação/trabalho em equipa e com igual percentagem de 5,7 % (2) as áreas de Cuidados Paliativos/Luto/Morte, Alimentação, Eliminação e Envelhecimento, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4 - Áreas que gostasse de ver abordadas em Formação

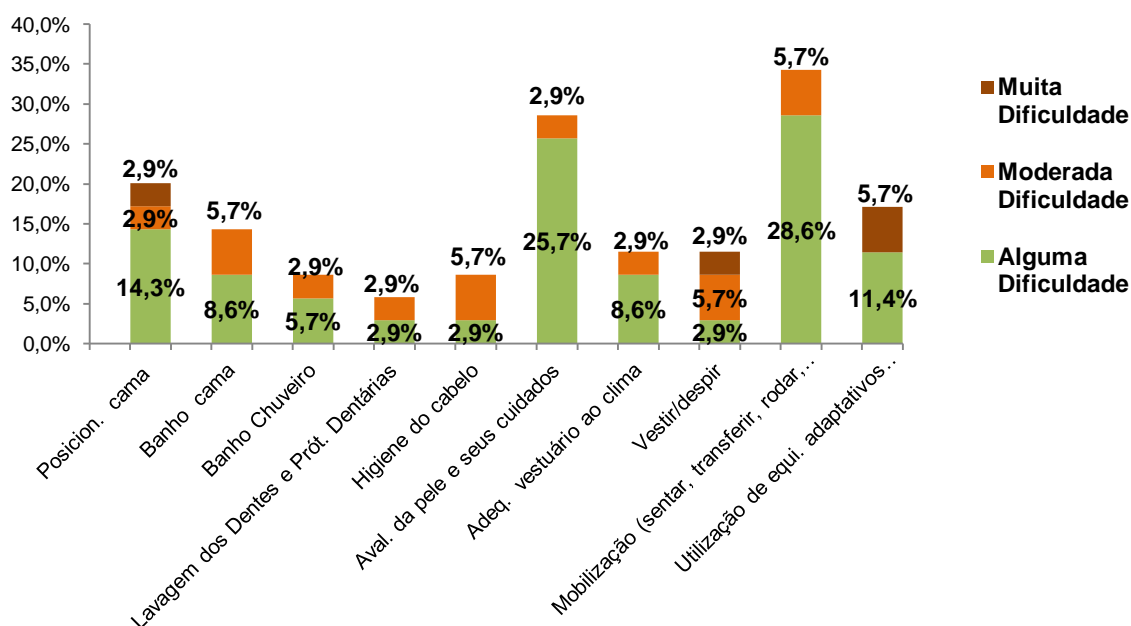


A **dimensão cognitiva** foi avaliada nas questões (11,12,13,14,15 e 16), no que concerne ao **autorrelato das dificuldades sentidas nas diversas áreas de intervenção** foram consideradas as respostas que se posicionaram nos três últimos graus de dificuldade. Sendo que a correspondência à escala numérica presente nos questionários considerada foi a seguinte: 1– Sem Dificuldade; 2- Pouca Dificuldade; 3- Alguma Dificuldade; 4 - Moderada Dificuldade e 5 - Muita Dificuldade.

Na priorização dos problemas identificados, recorreu-se ao método utilizado no **Plano da Biscaia**, explanado na definição de prioridades. Seguidamente descrevem-se as áreas de intervenção priorizadas.

No que se refere à área de intervenção **Higiene e Conforto**, com Muita Dificuldade foram identificadas as atividades - Utilização de equipamentos adaptativos (andarilho, bengala, cadeira de rodas - 5,7%2 (2); Posicionamentos na cama - 2,9%1 (1); Vestir/despír - 2,9%1 (1). No entanto todas as atividades com exceção da - Utilização de equipamentos adaptativos (andarilho, bengala, cadeira de rodas) têm respostas de Moderada Dificuldade que variam entre 2,9%1 (1) e 5,7% (2). De salientar um número considerável de respostas de Alguma Dificuldade nas atividades: Mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé) - 28,6% (10); Avaliação da pele e seus cuidados - 25,7% (9); Posicionamentos na cama -14,3% (5) e Utilização de equipamentos adaptativos (andarilho, bengala, cadeira de rodas – 11,4%(4). Como se pode observar no Gráfico 5.

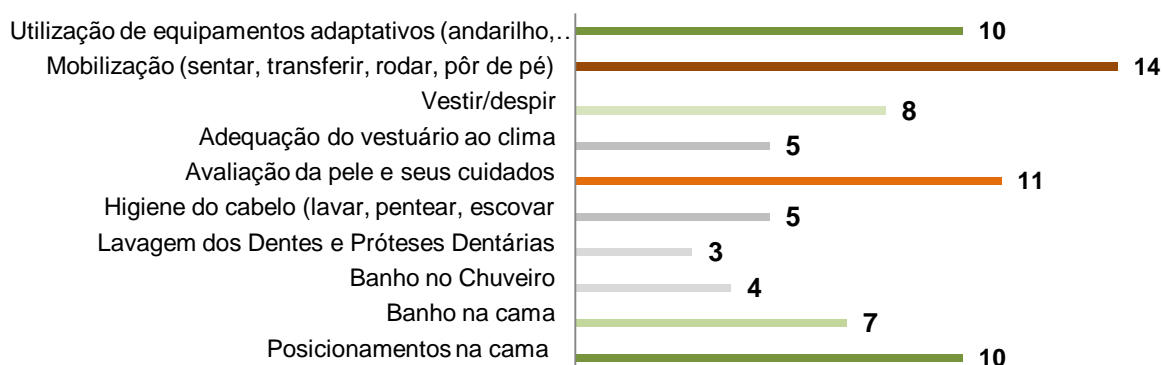
Gráfico 5 - Grau dificuldade nas atividades desenvolvidas na área de intervenção Higiene e Conforto



Uma vez que as atividades desenvolvidas nas várias áreas de intervenção eram muito extensas, foi necessário priorizar as que seriam alvo de intervenção, foi usado o Método **DARE** (Decision Alternative Rational Evaluation), os critérios para ponderação foram apresentados na definição de prioridades.

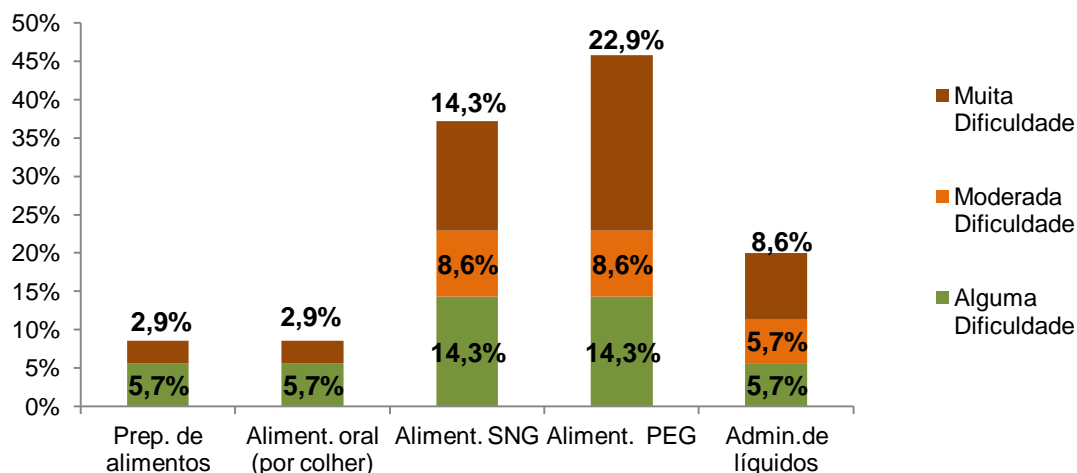
Após ponderação as Atividades desenvolvidas na área de intervenção Higiene e Conforto apresentaram os valores que se observam no gráfico 6, salientam-se: **14** – Mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé); **11** -Avaliação da pele e seus cuidados e **10** – Posicionamentos na cama e utilização de equipamentos adaptativos, conforme representado no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Atividades desenvolvidas na área de intervenção Higiene e Conforto após ponderação



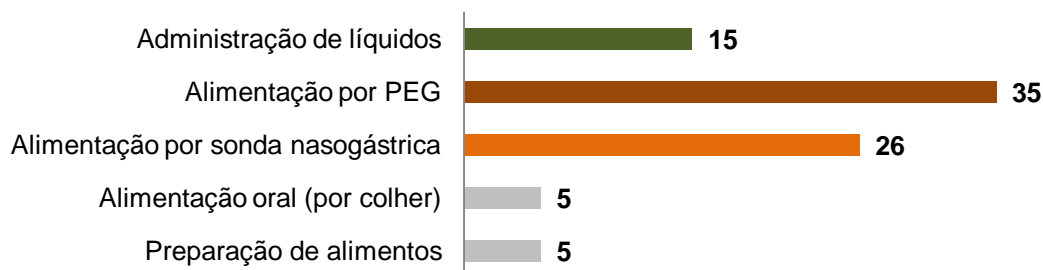
Em relação ao autorrelato na área de intervenção **Alimentação**, todas as atividades foram identificadas com Muita Dificuldade para o seu desempenho. No entanto, há respostas em número mais significativo nas atividades: Alimentação por PEG -22,9% (8); Alimentação por SNG - 14,3% (5) e Administração de Líquidos 8,6% (3). De salientar que as atividades Alimentação por PEG e Alimentação por sonda nasogástrica (SNG) tiveram igual número de respostas para Alguma Dificuldade e Moderada Dificuldade respetivamente - 14,3% (5) e 8,6% (3). Conforme Gráfico 7.

Gráfico 7 - Grau dificuldade nas atividades desenvolvidas na área de intervenção Alimentação



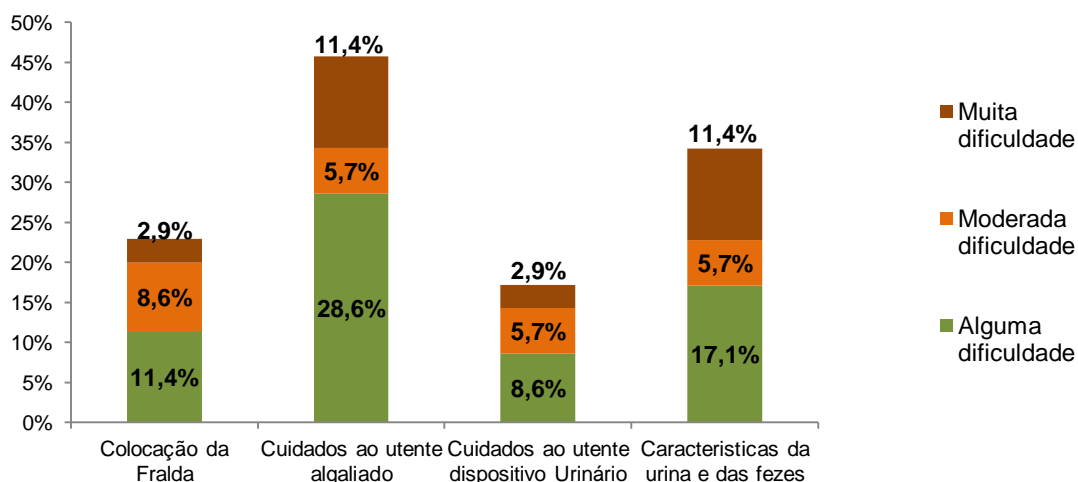
Após ponderação, as atividades identificadas na área de intervenção Alimentação, apresentaram os valores que se observam no Gráfico 8 - **35**- alimentação por PEG, **26** - alimentação por SNG e **15** - administração de líquidos.

Gráfico 8 - Atividades Desenvolvidas na Área Alimentação após ponderação



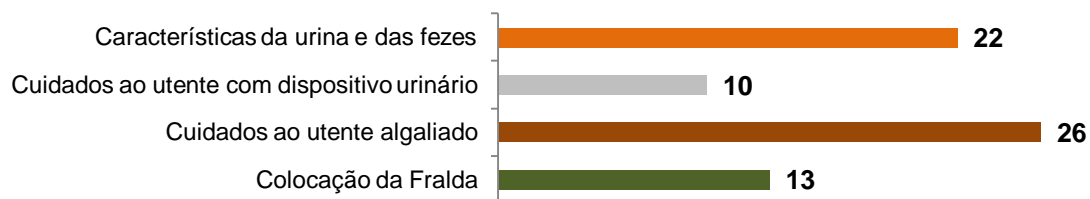
No autorrelato, na área de intervenção **Eliminação** todas as atividades desenvolvidas tiveram respostas no grau de Muita Dificuldade, sendo as atividades Cuidados ao utente algaliado e Características da urina e das fezes as que tiveram o maior número de respostas, ambas com 11,4% (4) seguidas de Colocação da Fralda e Cuidados ao utente com dispositivo urinário também ambas com 2,9% (1). Todas as atividades obtiveram respostas de Moderada Dificuldade. É de salientar o número de respostas de Alguma Dificuldade referentes aos Cuidados ao utente algaliado - 28,6% (10); características da Urina e das Fezes - 17,1% (6) e colocação da fralda - 11,4%(4), como se pode observar no Gráfico 9.

Gráfico 9 - Grau dificuldade nas atividade desenvolvidas na área de intervenção Eliminação



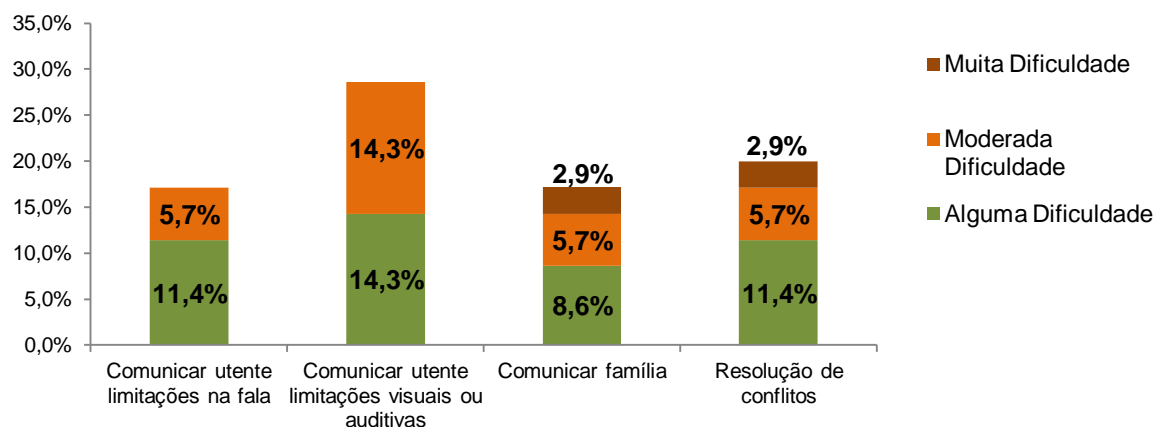
Após ponderação, na área de intervenção da Eliminação salientam-se os Cuidados ao utente algaliado e Características da urina e das fezes com os valores respetivos de **26** e **22**, e Colocação da Fralda e Cuidados ao utente com dispositivo urinário com valores de **13** e **10** respetivamente, conforme Gráfico 10.

Gráfico 10 - Atividades Desenvolvidas na área de intervenção Eliminação após ponderação



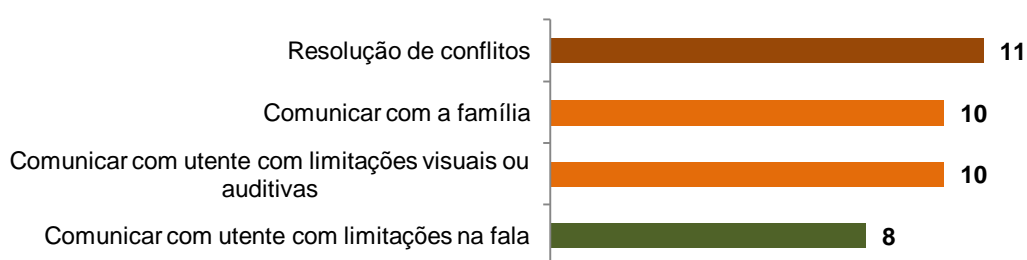
Em relação à área de intervenção **Comunicação**, existem respostas de Muita Dificuldade em duas atividades, Comunicar com a família e Resolução de conflitos, ambas com 2,9% (1). No entanto, Comunicar com utente com limitações visuais ou auditivas tem maior número de respostas nos graus Alguma e Moderada Dificuldade com 14,3% (5). As atividades Comunicar com utente com limitações na fala e Resolução de conflitos apresentam respostas de Alguma Dificuldade com algum significado - 11,4%(4), conforme Gráfico 11.

Gráfico 11 - Grau dificuldade nas atividade desenvolvidas na área de intervenção Comunicação



De salientar que após ponderação a atividade da área da comunicação com valor mais elevado (11) foi a resolução de conflitos, seguindo-se com igual valor (10) comunicar com utente com limitações visuais ou auditivas e comunicar com a família, por último com o valor de 8 comunicar com utente com limitações da fala, conforme Gráfico 12.

Gráfico 12 - Atividades Desenvolvidas na área de intervenção Comunicação após ponderação



Em relação à Área de Intervenção de **Autonomia** as atividades - Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue e Responsabilizar o utente, obtiveram respostas de Muita Dificuldade com 5,7% (2) e 2,9% (1) respetivamente, sendo mais expressivo o número de respostas de Alguma Dificuldade com 11,4% (4) e 8,6% (3) respetivamente.

No que se refere à Área de intervenção de **Segurança** verificamos que em

todas as atividades desenvolvidas existem respostas com o grau de Muita Dificuldade sendo a atividade - Utilizar equipamento e proteção individual (luvas, avental) a que apresenta o maior número de respostas 2 (5,7%).

Dos resultados apresentados resultaram identificaram-se os problemas apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Problemas Identificados

- **Baixo** nº de CF com formação para prestar cuidados à pessoa dependente
- **Baixo** nº de CF com formação para desempenhar a atual função
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade na prestação de cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade nos posicionamentos/ mobilizações.
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade na Comunicação
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade na Prevenção de Úlceras de Pressão
- **Elevado** nº de CF que apresentam dificuldade na área da Autonomia
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade na prestação de cuidados em situações urgentes
- **Elevado** nº de CF que referem dificuldade na prestação cuidados ao doente com Demência

Neste contexto identifica-se o Comportamento social relacionado com a saúde (healthrelated social action) descrito como

qualquer actividade realizada por um indivíduo ou colectivamente (através de organizações, meios legais ou económicos) com o objectivo de influenciar a provisão de serviços de saúde ou os efeitos do meio ambiente, de alguns produto e, de regulamentos/normas sociais que influenciam a saúde (Pedroso e Brito, 2014, p.55).

Sendo estes comportamentos suscetíveis de mudança através de um programa de promoção de saúde.

1.4 Diagnóstico Educacional e Organizacional

De acordo com Green e Kreuter (1991) as intervenções de educação para a saúde podem definir-se como estratégias em que os participantes numa determinada comunidade obterão conhecimentos, habilidades, capacidades e oportunidades para: manter e melhorar a saúde individual, familiar e pública; utilizar

práticas de prevenção; utilizar adequadamente serviços e dispositivos de prevenção; compreender e participar, se possível, na tomada de decisão relativa aos seus serviços de saúde; compreender e aderir às instruções médicas prescritas; e participar na tomada de decisão relativa à saúde da comunidade onde residem (Brito,2007).

Estabelecidos os comportamentos e fatores ambientais com mais impacto na situação de saúde relacionada com o EAS, na população-alvo da intervenção, procedeu-se à identificação dos fatores predisponentes, facilitadores e de reforço, permitindo organizar as intervenções de comunicação e educação em saúde e treino de competências.

Importa agora fazer uma breve caracterização destes fatores:

Os fatores predisponentes são os conhecimentos, crenças, atitudes, sensação de autoconfiança e de autoeficácia percebida, (por exemplo a perceção que se tem sobre a capacidade de realizar um comportamento preventivo). Estes podem facilitar ou dificultar a motivação para a alteração de comportamentos.

Os Fatores facilitadores são as habilidades psicomotoras ou sociais para adotar comportamentos preventivos bem como os recursos. Englobam a disponibilidade de serviços de saúde e acessibilidade a estes podendo facilitar ou impedir a mudança de comportamento.

Os fatores de reforço são a resposta que o meio (família, pares, profissionais de saúde, líderes comunitários) mostra quando se depara com um comportamento esperado, podendo ou não encorajar o comportamento de saúde (Pedroso e Brito, 2014).

A mesma autora considera ainda que as recompensas pela mudança de comportamento podem ser benefícios físicos, (sensação de bem estar, conforto), sociais, (reconhecimento e aceitação pela comunidade), económicos (diminuição de despesas), redes de apoio e referência (reconhecimento por parte de amigos e familiares) e recompensa vicariante (imagem e aparência).

Os fatores identificados estão representados no Quadro 2.

Quadro 2 – Fatores predisponentes, Fatores facilitadores e Fatores de reforço

Fatores Predisponentes	<ul style="list-style-type: none">- Autorrelato da maioria dos CF não ter formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente.- Autorrelato da maioria dos CF ter formação para desempenhar a atual função, sendo ainda assim uma % Baixa.-Autorrelato dos CF em relação às dificuldades sentidas nas áreas: posicionamentos /mobilizações; Comunicação; cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos; Prevenção de Úlceras de Pressão; Autonomia; prestação de cuidados em situações urgentes e prestação cuidados à pessoa com demência.
Fatores Facilitadores	<ul style="list-style-type: none">-Disponibilidade da UCC Almada-Acessibilidade à equipa de enfermagem da ECCI-Interesse na formação-Autorrelato dos CF de que a formação recebida os ajudou desempenhar melhor as suas funções.-Autorrelato dos CF em relação às dificuldades sentidas nas várias áreas
Fatores de Reforço	<ul style="list-style-type: none">-Disponibilidade da UCC Almada-Disponibilidade de apoio por parte da equipa de enfermagem da ECCI-Incentivo e participação ativa das Diretoras das IPSS na formação.-Preocupação das Diretoras das IPSS em ter pessoal qualificado, para melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PDA.

1.5 Diagnóstico Político e Administrativo

Nesta fase foram avaliados os recursos disponíveis, (recursos humanos, materiais, temporais), identificadas as barreiras e políticas que suportam a intervenção e realizado o cronograma das sessões (Apêndice III). A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025, no âmbito da Criação de ambientes potenciadores da integração e participação, na sua medida 20 - Incentivar o envelhecimento no contexto de proximidades da pessoa idosas (ageing in place), identificam várias ações, (Anexo IV), que suportam a intervenção proposta neste projeto.

As IPSS disponibilizaram as instalações e meios audiovisuais (datas show e LCD) e restantes equipamentos como cadeira de rodas, cama, cadeirão, maca e almofadas, para realizar as atividades. Determinou-se a realização de 7 atividades durante o mês de novembro, formando-se grupos no máximo de 13 pessoas de cada IPSS, sendo realizadas nas salas polivalentes das referidas instituições.

1.6 Diagnóstico de Enfermagem

A OE (2015) considera a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE ® versão 2015) um importante instrumento de trabalho, visando a uniformização de conceitos, catalogação de diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros, permitindo dar maior visibilidade aos cuidados de Enfermagem. Pelo exposto, neste projeto recorreu-se a esta taxonomia para se identificarem os diagnósticos de enfermagem apresentados no Quadro 3

Quadro 3 - Diagnósticos de Enfermagem

Papel do cuidador [formal] comprometido Potencial para melhorar o conhecimento/ capacidade do CF
<ul style="list-style-type: none">➤ na Comunicação com utente/família➤ no Cuidado à pessoa com necessidade de Posicionamentos/ Mobilizações➤ no Cuidado à pessoa portadora de dispositivos médicos➤ na Promoção de EAS➤ na Prestação de cuidados à pessoa com demência.➤ na Prevenção de Úlceras de Pressão.➤ na Promoção da Autonomia➤ na Prestação de cuidados em situações urgentes

Após priorização serão definidos os diagnósticos sobre os quais se irá intervir.

Apêndice I (Diagnóstico da Situação) – Dimensão Afetiva
Experiências e sentimentos referentes à formação

Quadro - Análise de conteúdo, experiências e sentimentos referentes à formação

<u>Categoria</u>	<u>Subcategoria</u>	<u>Unidades de registo</u>	<u>Nº unidades de registo</u>
A importância da formação no desempenho das funções (N=19)	Lidar com as pessoas	<i>“Lidar com pessoas” Q2 “(…)melhor servir e conhecer as dificuldade de cada pessoa”Q34 “(…) a maneira de proceder com os utente e seus cuidadores”Q11</i>	3
	Lidar com a pessoa idosa	<i>“como cuidar dos idosos”Q4</i>	1
	Lidar com pessoas com demência	<i>“lidar com doente com demência/familiares” Q14</i>	1
	Comunicação/relação com utente e família	<i>“relações interpessoais (….)gestão de conflitos”Q14</i>	1
	Todos os temas	<i>“todos os temas (….)muito importantes para a minha aprendizagem”Q19 “tudo (….)”Q20 “todas as informações” Q12 “Todas as informações são uteis”Q14</i>	4
	Lidar com situações de dependência nas AVD	<i>“(…)alimentação, Higiene”Q20 “Técnicas de mobilização e de utilização de ajudas técnicas”Q24 “Mobilização do utente”Q27 “Posicionamentos, mobilização”Q31 “técnica de posicionamento (….)alimentação por sonda e PEG, cuidados a prestar ao utente dependendo da sua condição física”Q15 “utilização de ajuda técnica”Q28 “Transferência do utente” Q26 “(…)ensina a tratar do físico e suas prevenções (….)alimentação, higiene, etc”Q11</i>	8
	Lidar com situações urgentes	<i>“(…)primeiros socorros” Q20 “(…) algumas técnicas de primeiros socorros”Q31 “ação de primeiros socorros”Q35 “Informações básicas de primeiros socorros”Q14</i>	4
	Não sabe/Não responde		4

<u>Categoria</u>	<u>Subcategoria</u>	<u>Unidades de registo</u>	<u>Nº unidades de registo</u>
Expetativas relacionadas com a formação (N=19)	Lidar com situações Urgentes	<i>“Suporte de vida”Q11</i> <i>“primeiros socorros”Q4</i> <i>“primeiros socorros”Q3</i> <i>“queimaduras/venenos”Q19</i>	4
	Atualização e aquisição de novos conhecimentos	<i>“todas as novas técnicas, (...)reciclar todas as aprendizagens”Q11</i> <i>“(…) manter e avivar memoria de formações obtidas e reciclar”Q14</i> <i>“Tudo o que seja possível para reforçar a minha aprendizagem” Q31</i> <i>“(…)ter aprendido mais”Q28</i>	4
	Comunicação/relação com utente e família	<i>“técnicas para comunicar com os familiares dos utentes”Q15</i>	1
	Lidar com situações de doença/ dependência nas AVD	<i>“Trabalhar com sonda gástrica”Q35</i> <i>“Lidar melhor com as pessoas com doenças degenerativas”Q20</i>	2
	Lidar com a pessoa idosa	<i>“ser mais prestável nesta área da terceira idade”Q34</i>	1
	Cuidados ao doente com demência	<i>“aprender muito mais sobre alzheimer”Q27</i> <i>“sobre o trato de alzheimer”Q26</i> <i>“agir com doentes portadores de demência grave”Q24</i>	3
	Não sabe/Não responde		5
Opinião sobre periodicidade da formação (N=19)	Anual	<i>“pelo menos uma vez por ano”Q20</i> <i>“de ano em ano”Q27</i> <i>“gostaria mais ou menos 1 ano”Q28</i> <i>“Anulamente”Q11</i> <i>“anual” Q3</i>	5
	2 em 2 anos	<i>“2 anos”Q2</i> <i>“De 2 em 2 anos”Q14</i>	2
	Semestral	<i>“semestral”Q24</i> <i>“6 em 6 meses”Q26</i> <i>“com 6 meses”Q4</i>	3
	Continua	<i>“sempre que possível”Q31</i>	1
	3 em 3 anos	<i>“3 anos”Q34</i>	1
	Não sabe/Não responde		6

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Nº unidades de registo
Ações de formação frequentadas (N=19)	Higiene e segurança no trabalho	<i>"técnicas de controlo de infeção hospitalar, técnicas de posicionamento, técnicas de controlo de infeção alimentar"</i> Q15 <i>"como nos facilitarmos nos pesos"</i> Q34 <i>"higiene e segurança no trabalho"</i> Q31 <i>"higiene e saúde no trabalho"</i> Q3	4
	Geriatria/pessoa com dependência	<i>"Auxiliar de geriatria"</i> Q11 <i>"Geriatria"</i> Q4 <i>"Incontinência (...);violência institucional sobre pessoas em situação de dependência; cuidados a prestar a idosos"</i> Q14 <i>"ações de formação sobre incontinência"</i> Q35 <i>"higiene das pessoas acamadas"</i> Q34 <i>"Posicionamentos"</i> Q28 <i>"Posicionamentos"</i> Q27 <i>"Posicionamento e conforto do utente, higiene pessoal"</i> Q26 <i>"Técnicas de mobilização, escaras, pele e feridas"</i> Q29 <i>"Técnicas de mobilidade, ajudas técnicas (...), transferências e apoios facilitadores à alimentação"</i> Q24 <i>"Geriatria"</i> Q20	11
	Lidar com situações Urgentes	<i>"primeiros socorros"</i> Q34 <i>"primeiros socorros"</i> Q28 <i>"primeiros socorros"</i> Q27 <i>"primeiros socorros"</i> Q19 <i>"primeiros socorros"</i> Q20 <i>"primeiros socorros"</i> Q29	6
	Cuidados ao doente com demência	<i>"Alzheimer"</i> Q19	1
	Cuidar a pessoa com doença crónica	<i>"diabetes"</i> Q20	1
	Não sabe/Não responde		4

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Nº unidades de registo
Áreas que gostasse de ver abordadas em formação (N=35)	Posicionamentos /Mobilizações	<i>"Mobilizações"</i> Q29 <i>"Posicionamento doente quando acamado"</i> Q35 <i>"Técnicas de posicionamentos e levantes"</i> Q14 <i>"transferências"</i> Q24 <i>"Posicionamento do utente"</i> Q26 <i>"Posicionamentos"</i> Q27 <i>"mobilização"</i> Q30 <i>"Posicionamento"</i> Q10 <i>"Posicionamento"</i> Q23 <i>"Posicionamentos"</i> Q21 <i>"Posicionamento e mobilização"</i> Q16	11
	Cuidados ao doente com demência	<i>"comportamentos demências"</i> Q29 <i>"doença alzheimer"</i> Q2 <i>"aprofundar conhecimentos na área das demências"</i> Q9 <i>"como lidar com a demencia"</i> Q14 <i>"doenças neurológicas/psicológicas"</i> Q19 <i>"Demências"</i> Q20 <i>"como agir/atuar com doentes portadores de demencia grave-</i> <i>Atividades de vida diária"</i> Q24 <i>"Alzheimer"</i> Q28 <i>"Demencias"</i> Q30 <i>"Demencias, alzheimer"</i> Q5 <i>"Alzheimer"</i> Q1	11
	Comunicação/Trabalho em equipa	<i>"como se deve falar com os utentes"</i> Q22 <i>"comunicar com a pessoa com depressão e ansiedade"</i> Q1 <i>"organização de serviços"</i> Q3	3
	Violência no idoso	<i>"abandono de idosos"</i> Q2	1
	Situações urgentes	<i>"primeiros socorros"</i> Q9 <i>"primeiros socorros"</i> Q15 <i>"Primeiros socorros"</i> Q13 <i>"Primeiros socorros"</i> Q10 <i>"Primeiros socorros"</i> Q25 <i>"Primeiros socorros"</i> Q23 <i>"Primeiros socorros"</i> Q21 <i>"reconhecer alguns sintomas para auxiliar até À chegada dos técnicos de saúde (...) suporte de vida"</i> Q11 <i>"identificação de sinais denunciadores de problemáticas de saúde"</i> Q24 <i>"Reanimação"</i> Q6	10

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Nº unidades de registo
Áreas que gostasse de ver abordadas em formação (N=35)	Cuidados paliativos/luto/morte	<i>"A morte e acompanhamento à família"</i> Q19 <i>"dignidade humana"</i> Q7	2
	Úlceras de pressão/feridas	<i>"Escaras (no corpo)"</i> Q35 <i>"Formação na área de tratamento de pequenas escaras"</i> Q34 <i>"úlceras de pressão"</i> Q26 <i>"úlceras de pressão"</i> Q27 <i>"úlceras de pressão"</i> Q28 <i>"tratamento de feridas/escaras"</i> Q13 <i>"úlceras de pressão"</i> Q25 <i>"tratamento de feridas e cuidados à pele"</i> Q23	8
	Manipulação e otimização de dispositivos médicos	<i>"algália"</i> Q35 <i>"alimentação por sondas"</i> Q34 <i>"alimentação por sonda e principalmente pela PEG"</i> Q20 <i>"vários modos de alimentação"</i> Q13 <i>"Alimentação por PEG"</i> Q16	5
	Envelhecimento	<i>"envelhecimento"</i> Q19 <i>"geriatria"</i> Q5	2
	Ajudas técnicas	<i>"Ajudas técnicas"</i> Q11	1
	Diabetes	<i>"Diabetes"</i> Q20	1
	Alimentação	<i>"Alimentação"</i> Q33 <i>"Alimentação"</i> Q8	2
	Eliminação	<i>"Eliminação"</i> Q33 <i>"Eliminação"</i> Q8	2
	Autonomia	<i>"Autonomia"</i> Q8	1
	Higiene e conforto	<i>"higiene e conforto"</i> Q30	1
	Não sabe /não responde		5

Apêndice III – Cronograma das Sessões

CRONOGRAMA DAS SESSÕES

7/11/17	14/11/17	16/11/17	21/11/17	23/11/17)
Comunicação, EAS (CSPNSC – 19h)	EAS, Posicionamentos e Mobilizações (URPICA – 16h)	EAS, Posicionamentos e Mobilizações (URPICA – 16h)	EAS, Cuidados à Pessoa com Dispositivos Médicos (URPICA – 16h)	EAS, Cuidados à Pessoa com Dispositivos Médicos (URPICA – 16h)
		EAS, Posicionamentos e Mobilizações (CSPNSC – 19h)	EAS, Cuidados à Pessoa com Dispositivos Médicos (CSPNSC – 19h)	

**Apêndice IV – Critérios de ponderação das atividades
de acordo com o Método DARE**

Critérios de ponderação das atividades de acordo com o Método DARE

Quadro – Critérios e ponderação a atribuir às atividades desenvolvidas,
segundo o Método **DARE**(Decision Alternative Rational Evaluation)

Critérios	Ponderação
Critério A – respostas de <u>Alguma Dificuldade</u>	1
Critério B – respostas de <u>Moderada Dificuldade</u>	2
Critério C – respostas de <u>Muita Dificuldade</u>	3

**Apêndice V – Priorização dos problemas de acordo com o método
utilizado no Plano de Biscaia**

Quadro 1 - Priorização dos problemas de acordo com o método utilizado no Plano de Biscaia

Problemas Existentes	Magnitude	Transcendência Social	Transcendência económica	Factibilidade tecnológica	Classificação final Nº de pontos
Baixo nº de CF com formação para prestar cuidados à PDA	3	3	1	3	10
Baixo nº de CF com formação para desempenhar a atual função	3	3	1	3	10
Elevado Nº de CF que referem dificuldade na prestação de cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos	3	3	1	3	10
Elevado número de CF que referem dificuldade na área da Autonomia	3	2	1	3	9
Elevado número de CF que referem dificuldade na prestação cuidados à pessoa com demência.	3	3	1	2	9
Elevado número de CF que referem dificuldade nos posicionamentos/ mobilizações.	3	3	1	3	10
Elevado número de CF que referem dificuldade na Comunicação	3	3	1	3	10
Elevado número de CF que referem dificuldade na Prevenção de Úlceras de Pressão	3	3	1	2	9
Elevado número de CF que referem dificuldade na prestação de cuidados em situações urgentes	2	3	1	2	8

Apêndice VI – Material de divulgação das Sessões de formação



SESSÃO DE FORMAÇÃO

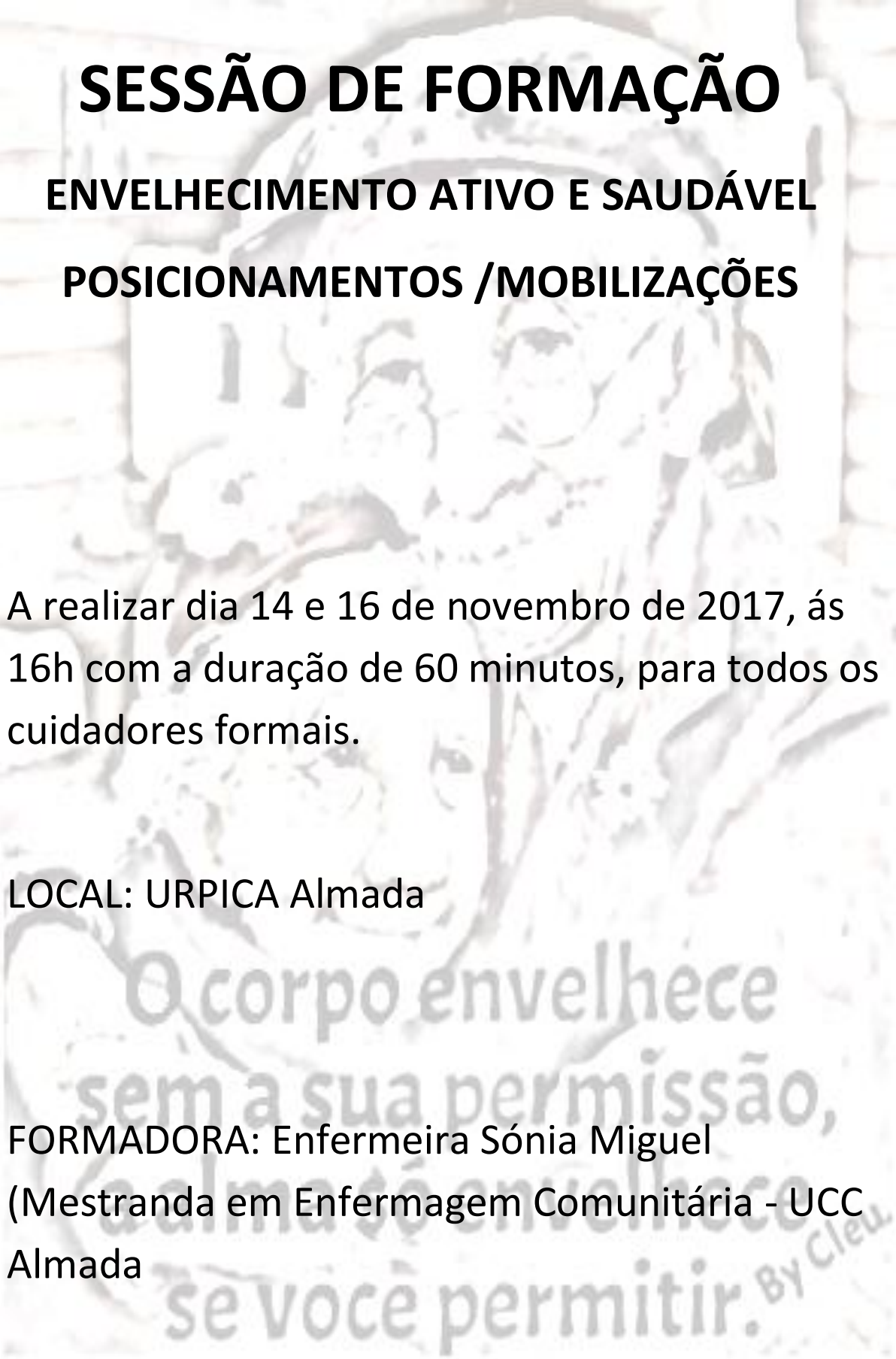
COMUNICAÇÃO

ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

A realizar dia 7 de novembro de 2017, às 19h
com a duração de 60 minutos, para todos os
cuidadores formais.

LOCAL: Centro Social Paroquial N^a Sr^a Conceição

FORMADORA: Enfermeira Sónia Miguel
(Mestranda em Enfermagem Comunitária - UCC
Almada)



SESSÃO DE FORMAÇÃO


ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

POSICIONAMENTOS /MOBILIZAÇÕES

A realizar dia 14 e 16 de novembro de 2017, às 16h com a duração de 60 minutos, para todos os cuidadores formais.

LOCAL: URPICA Almada

FORMADORA: Enfermeira Sónia Miguel
(Mestranda em Enfermagem Comunitária - UCC
Almada



SESSÃO DE FORMAÇÃO


ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

POSICIONAMENTOS E MOBILIZAÇÕES

A realizar dia 16 de novembro de 2017, às 19h
com a duração de 60 minutos, para todos os
cuidadores formais.

LOCAL: Centro Social Paroquial N^a Sr^a Conceição

FORMADORA: Enfermeira Sónia Miguel
(Mestranda em Enfermagem Comunitária - UCC
Almada)



SESSÃO DE FORMAÇÃO


ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

CUIDADOS A PESSOA COM DISPOSITIVOS MÉDICOS

A realizar dia 21 de novembro de 2017, às 19h com a duração de 60 minutos, para todos os cuidadores formais.

LOCAL: Centro Social Paroquial N^a Sr^a Conceição

FORMADORA: Enfermeira Sónia Miguel
(Mestranda em Enfermagem Comunitária - UCC Almada)



SESSÃO DE FORMAÇÃO

ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

CUIDADOS A PESSOA COM DISPOSITIVOS MÉDICOS

A realizar dia 21 e 23 de novembro de 2017, às 16h com a duração de 60 minutos, para todos os cuidadores formais.

LOCAL: URPICA Almada

FORMADORA: Enfermeira Sónia Miguel
(Mestranda em Enfermagem Comunitária - UCC Almada)

Apêndice VII – Planos de ação

PLANO DE AÇÃO

Tema: Comunicação Envelhecimento Ativo e Saudável

Data e local da apresentação: Dia 07/11/2017 às 19 h na IPSS - Centro Social e Paroquial da Nª Senhora da Conceição da Costa da Caparica

Duração: 60 minutos

A quem se destina: Cuidadores Formais da IPSS - Centro Social e Paroquial da Nª Senhora da Conceição da Costa da Caparica

Formador: Sónia Miguel

Divulgação da ação de formação:

- Afixar Cartaz A4 no placard de informações da IPSS com 1 semana de antecedência;
- Pedir colaboração da Diretora Técnica para relembrar os CF da data da ação de formação na reunião diária.

Objetivos Geral: Capacitar CF na área da Comunicação Envelhecimento Ativo e saudável

Objetivos Específicos:

- Que 75% dos CF sejam capazes reconhecer o conceito de EAS
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 técnicas para ser eficaz na resolução de conflitos
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 Barreiras à Comunicação
- Que 75% dos CF sejam capazes reconhecer o conceito de Escuta Ativa
- Que 75% dos CF sejam capazes descrever o conceito de Empatia
- Que 75% dos CF sejam capazes assumir a importância da comunicação nas relações interpessoais

	CONTEÚDO	METODOLOGIA TÉCNICA E M.A.E	TEMPO	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema; - Comunicar os objetivos da sessão; - Contextualizar a importância do tema na prestação de cuidados à PDA no domicílio 	Método expositivo (Datashow e Computador)	5'	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de: <ul style="list-style-type: none"> - Processo de Envelhecimento - EAS – definição, objetivo e seus determinantes - Cuidado Centrado na Pessoa - Comunicação <ul style="list-style-type: none"> - Elementos da Comunicação - Comunicação verbal/não verbal - A importância da comunicação nas relações interpessoais - Barreiras à Comunicação - Escuta ativa - Comportamento e relação interpessoal - Empatia - Gestão de Conflitos 	Método expositivo (Datashow e Computador) Método Interrogativo -Leitura de duas Histórias -Filme: Empatia/simpatia Discussão	35'	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese global dos assuntos desenvolvidos - Realçar ideias mais importantes - Esclarecer dúvidas 	Método expositivo	5'	
Avaliação	Avaliação Sumativa da sessão formativa e Avaliação da Satisfação dos CF		10'	Aplicação: <ul style="list-style-type: none"> - Questionário de Avaliação Formativa - Questionário de Avaliação da Satisfação dos CF

PLANO DE AÇÃO

Tema: Envelhecimento Ativo e Saudável, Posicionamentos e Mobilizações

Data e local da apresentação: Dia 14 e 16/11/2017 às 16 horas na URPICA

Duração: 60 minutos

A quem se destina: Cuidadores Formais da URPICA

Formador: Sónia Miguel

Divulgação da ação de formação:

- Afixar Cartaz A4 no placard de informações da IPSS com 1 semana de antecedência;
- Pedir colaboração da Diretora Técnica para relembrar os CF da data da ação de formação na reunião diária.

Objetivos Geral:

Capacitar os Cuidadores Formais na área do Envelhecimento Ativo e Saudável, Posicionamentos e Mobilizações

Objetivos Específicos:

- Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer o conceito de EAS
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 1 dos princípios dos posicionamentos.
- Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer a importância da Mecânica Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas.
- Que 75% dos CF sejam capazes de indicar pelo menos 3 causas da imobilidade
- Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer pelo menos 3 complicações da imobilidade
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 1 vantagem dos posicionamentos e do levantar.
- Que 30% dos CF sejam capazes de demonstrar pelo menos 1 posicionamento.
- Que 30% dos CF sejam capazes de demonstrar pelo menos 1 mobilização.

	CONTEÚDO	METODOLOGIA TÉCNICA E M.A.E	TEMPO	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema; - Comunicar os objetivos da sessão; - Contextualizar a importância do tema na prestação de cuidados à PDA no domicílio 	Método expositivo (Datashow e Computador)	5'	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de conceitos: <ul style="list-style-type: none"> - Processo de Envelhecimento - EAS – definição, objetivo e seus Determinantes - Cuidado Centrado na Pessoa Imobilidade: <ul style="list-style-type: none"> - Causas e consequências Posicionamentos <ul style="list-style-type: none"> - Princípios do Posicionamento - Tipos de posicionamentos - Vantagens dos Posicionamentos Demonstração Posicionamentos <ul style="list-style-type: none"> . Decúbito Dorsal . Decúbito Lateral . Decúbito Semidorsal . Posição de Fowler Demonstração de Mobilizações <ul style="list-style-type: none"> . Mobilizações no leito . Transferência da Maca para a cadeira 	Método expositivo (Datashow e Computador) Método Demonstrativo <ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Discussão - Simulação (grupos de 3 – 1 CF faz de PDA e 2 CF efetuam o posicionamento e Mobilização) <ul style="list-style-type: none"> - Maca e Cadeira 	45	Avaliação Formativa - Aplicação de Lista de ocorrências
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese global dos assuntos desenvolvidos - Realçar as ideias mais importantes - Esclarecer dúvidas 	Método expositivo		
Avaliação	Avaliação Sumativa da sessão formativa e Avaliação da Satisfação dos CF			Aplicação: <ul style="list-style-type: none"> - Questionário de Avaliação Formativa - Questionário de Avaliação da Satisfação dos CF

PLANO DE AÇÃO

Tema: Envelhecimento Ativo e Saudável, Posicionamentos e Mobilizações

Data e local da apresentação: Dia 16/11/2017 às 19 horas na IPSS - Centro Social e Paroquial da Nª Senhora da Conceição da Costa da Caparica

Duração: 60 minutos

A quem se destina: Cuidadores Formais da IPSS - Centro Social e Paroquial da Nª Senhora da Conceição da Costa da Caparica

Formador: Sónia Miguel

Divulgação da ação de formação:

- Afixar Cartaz A4 no placard de informações da IPSS com 1 semana de antecedência;
- Pedir colaboração da Diretora Técnica para relembrar os CF da data da ação de formação na reunião diária.

Objetivos Geral:

Capacitar os Cuidadores Formais na área do Envelhecimento Ativo e Saudável, Posicionamentos e Mobilizações

Objetivos Específicos:

- Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer o conceito de EAS
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 1 dos princípios dos posicionamentos.
- Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer a importância da Mecânica Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas.
- Que 75% dos CF sejam capazes de indicar pelo menos 3 causas da imobilidade
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 complicações da imobilidade
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 1 vantagem dos posicionamentos e do levantar.
- Que 30% dos CF sejam capazes de demonstrar pelo menos 1 posicionamento.
- Que 30% dos CF sejam capazes de demonstrar pelo menos 1 mobilização.

	CONTEÚDO	METODOLOGIA TÉCNICA E M.A.E	TEMPO	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema; - Comunicar os objetivos da sessão; - Contextualizar a importância do tema na prestação de cuidados à PDA no domicílio 	Método expositivo (Datashow e Computador)	5'	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de conceitos: <ul style="list-style-type: none"> Imobilidade: <ul style="list-style-type: none"> - Causas e consequências Posicionamentos <ul style="list-style-type: none"> - Princípios do Posicionamento - Tipos de posicionamentos - Vantagens dos Posicionamentos Mecânica corporal <ul style="list-style-type: none"> - Princípios da Mecânica corporal Demonstração Posicionamentos <ul style="list-style-type: none"> . Decúbito Dorsal . Decúbito Lateral . Decúbito Semidorsal . Posição de Fowler Demonstração de Mobilizações <ul style="list-style-type: none"> . Mobilizações no leito . Transferência da cama para a cadeira de rodas e cadeirão 	Método expositivo (Datashow e Computador) Método Demonstrativo <ul style="list-style-type: none"> - Demonstração - Discussão - Simulação (grupos de 3 – 1 CF faz de PDA e 2 CF efetuam o posicionamento e Mobilização) <ul style="list-style-type: none"> - Cama, Cadeira de rodas e cadeirão 	5'	Avaliação Formativa <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de Lista de ocorrências
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese global dos assuntos desenvolvidos - Realçar ideias mais importantes - Esclarecer dúvidas 	Método expositivo		
Avaliação	Avaliação Sumativa da sessão formativa e Avaliação da Satisfação dos CF			<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação formativa realizada ao longo da ação de formação - Questionário de avaliação final da sessão de formação

PLANO DE AÇÃO

Tema: Envelhecimento Ativo e Saudável, Cuidados à pessoa portadora de Dispositivos Médicos

Data e local da apresentação: Dia 21/11/2017 às 19 horas na IPSS - Centro Social e Paroquial da Nª Senhora da Conceição da Costa da Caparica e Dia 21 e 23/11/2017 às 16 horas na IPSS - URPICA

Duração: 60 minutos

A quem se destina: Cuidadores Formais da IPSS - URPICA

Formador: Sónia Miguel

Divulgação da ação de formação:

- Afixar Cartaz A4 no placard de informações da IPSS com 1 semana de antecedência;
- Pedir colaboração da Diretora Técnica para relembrar os CF da data da ação de formação na reunião diária.

Objetivos Geral:

Capacitar os Cuidadores Formais na área do Envelhecimento Ativo e Saudável nos Cuidados à Pessoa com Dispositivos Médicos

Objetivos Específicos:

- Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer o conceito de EAS
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 3 cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos (PEG, colostomias, ileostomias, sonda nasogástrica e algália)
- Que 75% dos CF sejam capazes de identificar pelo menos 2 situações em que seja necessário contactar a equipa de enfermagem
- Que 75% dos CF sejam capazes de reconhecer a importância dos cuidados à pessoa com dispositivos médicos (PEG, colostomias, ileostomias, sonda nasogástrica e algália)

	CONTEÚDO	METODOLOGIA TÉCNICA E M.A.E	TEMPO	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema; - Comunicar os objetivos da sessão; - Contextualizar a importância do tema na prestação de cuidados à PDA no domicílio 	Método expositivo (Datashow e Computador)	5'	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de conceitos: EAS SNG: <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados à pessoa na manutenção da sonda (higiene e fixação, alimentação, Medicação) - Obstrução/Exteriorização da sonda PEG - Cuidados na manutenção da sonda /Botão (higiene, alimentação, Medicação) - Vigilância - Cuidados Peri estoma OUTRAS OSTOMIAS <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados à pessoa com ostomias ALGALIAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> - Mudança de saco coletor - Esvaziamento do Saco Coletor de Urina - Vigilância DEMONSTRAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> - Alimentação pela SNG/PEG - Mudança de saco coletor - Esvaziamento de saco coletor - Placa e saco de colostomia 	Método expositivo (Datashow e Computador) Método Demonstrativo <ul style="list-style-type: none"> - Demonstração (alimentação pela SNG, mudança de saco coletor, esvaziamento de saco) - Discussão - Simulação (SNG, Seringa Tampa de SNG, Algália, Saco coletor, saco e placa de colostomia)	45'	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese global dos assuntos desenvolvidos - Realçar as ideias mais importantes - Esclarecer dúvidas 	Método expositivo	5'	
Avaliação	Avaliação Sumativa da sessão formativa e Avaliação da Satisfação dos CF		5'	Aplicação: <ul style="list-style-type: none"> - Questionário de Avaliação Formativa - Questionário de Avaliação da Satisfação dos CF

“Sessões e Considerações”

Para Canário (2007, p.80) “nós estamos condenados a aprender enquanto seres humanos (...) aprender é tão natural como respirar”. Aprender é mudar, é ressignificar as coisas, a aprendizagem corresponde ao modo como se pensa nas situações e como se resolvem, como se interpretam as realidades que se vão construindo. No processo de aprendizagem o contexto é fundamental, o interesse que temos e a nossa experiência influencia o modo como nos relacionamos com as coisas e permite-nos construir conhecimento de forma a intervir adequadamente no contexto.

Mão-de-Ferro (1999) afirma que o formador deve incentivar a expressão de sentimentos e opiniões por parte do formando e este deve ainda efetuar a análise das situações para que ocorra a modificação de atitudes. A nível do plano de saber evoluir, ocorre a conjugação de conhecimentos, capacidades e atitudes que visam a adaptação a novas situações.

O mesmo autor referindo-se a Jacques Ardoino (1999), de acordo com os níveis de saber a atingir (saber-saber, saber-fazer, saber-ser e saber-evoluir) os métodos pedagógicos exercem a sua ação nestes diferentes planos:

Saber-ser – conjunto de conhecimentos gerais ou especializados, apela à memorização e compreensão;

Saber-fazer – implica o domínio de instrumentos e métodos para o desempenho profissional, visa o conhecimento prático;

Saber-ser – a tomada de consciência e a descoberta por parte do formando o formador facilita o formando a exprimir-se, projetar-se e fazer análise do que se passa, visa a modificação de atitudes normalmente as formações só são eficazes a longo prazo;

Saber-evoluir – articulação de conhecimentos capacidades e atitudes que visa a adaptação a novas situações.

Nas diferentes sessões os métodos escolhidos foram de acordo com o nível de saber que se pretendia atingir. O uso do método expositivo foi útil, principalmente a nível do domínio cognitivo, para a aquisição de conceitos. O método demonstrativo visa um saber fazer, um conhecimento prático a nível do domínio psicomotor, útil na demonstração das técnicas corretas de posicionamentos, mobilizações, transferências e manuseamento de dispositivos médicos. O método interrogativo foi importante para incentivar a participação dos CF promovendo a discussão, o desenvolvimento de atitudes mais autónomas. Recorreu-se à técnica de formulação de perguntas para desenvolvimento de um saber ser, visando a tomada de consciência e a descoberta de certos aspetos por parte dos CF. A atenção dada ao tom de voz usado para fazer salientar as frases e os gestos coerentes com a mensagem a transmitir, bem como olhar diretamente para cada CF, foram fundamentais para manter a atenção do grupo.

Apêndice VIII – Sessão de Formação - Comunicação, EAS

Entwicklungspsychologie

Public version of the document
 Date of issue: 2014-09-23
 Version: 1.0

— *Sp. 1* (1900) is common

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

Exporten und Importen • Produktion und die Welt • Internationale Handelsstrukturen
Arbeitsmarkt und Handel

Other than these, there are no other

Il copyright si estende all'opera, non all'autore. L'opera è considerata un bene e non una persona.

Accountable: responsible for the actions of others and for the consequences of those actions.

Write to us: that.written@frontiernet.net

Eleutherodactylus coqui (Cope, 1862)

<http://www.elsevier.com/locate/jbiotec>

Fluorene rings as spacers in polyimides

Figure 10.10

Procedural Fairness

El resultado de estos hallazgos puede ser de utilidad e interés a personas de su misma profesión, quienes deseen conocer más acerca de la gestión de la información en la biblioteca de la escuela, para mejorar la calidad de los servicios que ofrecen a la comunidad educativa.

Personal Address:
personal credit line
number, the dollar
sign (\$) is not



Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

Vollständiger Text

Suppose that Δ is a group of transformations of \mathbb{R}^n that is transitive on the unit sphere S^{n-1} . Then, for any $x \in \mathbb{R}^n$, the orbit of x under Δ is the sphere S^{n-1} centered at x . If Δ is also transitive on the unit sphere S^{n-1} , then the orbit of x under Δ is the entire space \mathbb{R}^n .

Factores determinantes de la disponibilidad y el agotamiento por uso excesivo de dispositivos móviles

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 351–358

14. *Thymus*

Cl Purgans Martialis para a Saúde dos Povos. Mesmo com a intervenção dos terapeutas físicos, de uma maneira de qualidade de vida e a recuperação da global da pessoa em toda sua dimensão humana.



© 2000 Blackwell Science Ltd

[illegible]



2. 2019/2020
 1. 2019/2020
 3. 2019/2020

"Não há uma relação causal"

COMUNICAÇÃO é um processo de interação e compreensão

"Não há uma preferência direta entre a comunicação e a compreensão"



2. 2019/2020
 1. 2019/2020
 3. 2019/2020

Comunicação é o ato de transmitir e receber uma mensagem

- Transmissão de uma mensagem
- Recepção de uma mensagem
- Interpretação de uma mensagem

A comunicação é um processo de interação e compreensão

A comunicação é um processo de interação e compreensão

2. 2019/2020
 1. 2019/2020
 3. 2019/2020

NÃO PODEREMOS NÃO COMUNICAR, porque

ESTAMOS SEMPRE A COMUNICAR

Estamos sempre a comunicar, mesmo quando não queremos.

2. 2019/2020
 1. 2019/2020
 3. 2019/2020

A importância da comunicação nas relações interpessoais

2. 2019/2020
 1. 2019/2020
 3. 2019/2020

Comunicação é o ato de transmitir e receber uma mensagem

The illustration shows an elderly man and woman standing side-by-side. The man is on the left, wearing a blue shirt and grey trousers. The woman is on the right, wearing a green patterned dress and a purple headscarf. They are both smiling and looking towards the viewer.

2.º período de 30'

Intervenção pedagógica e formativa



COMPETÊNCIAS DO CURRÍCULO

Identificar, analisar e interpretar textos escritos e orais, compreendendo o contexto e o propósito da comunicação.

Utilizar a linguagem oral e escrita de forma adequada e apropriada, respeitando as regras de comunicação e a diversidade linguística.

2.º período de 30'

Intervenção pedagógica e formativa

A leitura é uma das formas mais importantes de aprender. Ela nos permite conhecer o mundo, desenvolver a imaginação e a criatividade, e adquirir conhecimentos e habilidades essenciais para a vida.

É importante ler todos os dias, mesmo que seja por poucos minutos. A leitura ajuda a melhorar a compreensão e a interpretação dos textos, a desenvolver a capacidade de argumentar e a tomar decisões.

Além disso, a leitura é uma forma de relaxar e de se divertir. Existem muitos livros interessantes e divertidos para todos os gostos e idades.

Por isso, é importante incentivar a leitura em casa e na escola, e criar um ambiente propício para a leitura.



2.º período de 30'

Intervenção pedagógica e formativa

Resumo da intervenção

Objetivos	Conteúdos
Identificar as principais ideias e informações do texto.	Textos escritos e orais.
Compreender o contexto e o propósito da comunicação.	Contexto e propósito da comunicação.
Utilizar a linguagem oral e escrita de forma adequada e apropriada.	Regras de comunicação.
Desenvolver a capacidade de argumentar e a tomar decisões.	Argumentação e tomada de decisão.

2.º período de 30'

Intervenção pedagógica e formativa

“A leitura é uma das formas mais importantes de aprender. Ela nos permite conhecer o mundo, desenvolver a imaginação e a criatividade, e adquirir conhecimentos e habilidades essenciais para a vida.”

É importante ler todos os dias, mesmo que seja por poucos minutos. A leitura ajuda a melhorar a compreensão e a interpretação dos textos, a desenvolver a capacidade de argumentar e a tomar decisões.

Além disso, a leitura é uma forma de relaxar e de se divertir. Existem muitos livros interessantes e divertidos para todos os gostos e idades.

Por isso, é importante incentivar a leitura em casa e na escola, e criar um ambiente propício para a leitura.

2.º período de 30'

Intervenção pedagógica e formativa

Objetivos da intervenção

Compreender o contexto e o propósito da comunicação.

Utilizar a linguagem oral e escrita de forma adequada e apropriada.

Desenvolver a capacidade de argumentar e a tomar decisões.

QUESTÃO

Como podemos melhorar a nossa compreensão e interpretação dos textos?

É importante ler todos os dias, mesmo que seja por poucos minutos. A leitura ajuda a melhorar a compreensão e a interpretação dos textos, a desenvolver a capacidade de argumentar e a tomar decisões.

2.º período de 30'

Intervenção pedagógica e formativa

Objetivos da intervenção

Compreender o contexto e o propósito da comunicação.

Utilizar a linguagem oral e escrita de forma adequada e apropriada.

Desenvolver a capacidade de argumentar e a tomar decisões.

QUESTÃO

Como podemos melhorar a nossa compreensão e interpretação dos textos?

É importante ler todos os dias, mesmo que seja por poucos minutos. A leitura ajuda a melhorar a compreensão e a interpretação dos textos, a desenvolver a capacidade de argumentar e a tomar decisões.

Capacidade de armazenamento



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ
БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ МИНИСТРЛІГІ

Қазақстан Республикасының Білім және Ғылым Министрлігі





Ауылдағы балалар



Ауылдағы балалар



Ауылдағы балалар



Ауылдағы балалар



Ауылдағы балалар



Ауылдағы балалар



Ауылдағы балалар



Ауылдағы балалар

БІЛІМ АҚПАРАТ
ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ
МІНИСТРЛІГІ

[illegible]

COMUNICAÇÃO EFICAZ
ATIVIDADE EMPÁTICA

Carlos Roberto de Almeida

2.º ano de escolaridade
 História e Geografia de Portugal e do Mundo

EMPATIA

Definição: é a habilidade de se colocar no lugar do outro e de tentar compreender os seus sentimentos, necessidades, valores e pontos de vista.

Exercícios de compreensão:
 Capitalizar as emoções
 Identificar as causas e efeitos e reconhecer as consequências.

A empatia é uma habilidade que pode ser desenvolvida através de exercícios e de experiências que nos permitem compreender os sentimentos e as necessidades dos outros e agir de acordo com eles.

2.º ano de escolaridade
 História e Geografia de Portugal e do Mundo

EMPATIA

É a capacidade de se colocar no lugar do outro e de tentar compreender os seus sentimentos, necessidades, valores e pontos de vista.

Exercícios de compreensão:

2.º ano de escolaridade
 História e Geografia de Portugal e do Mundo

GERMINANDO

Exercícios de compreensão:
 Identificar as causas e efeitos e reconhecer as consequências.



Exercícios de compreensão:
 Identificar as causas e efeitos e reconhecer as consequências.

2.º ano de escolaridade
 História e Geografia de Portugal e do Mundo

GESTÃO DE CONFLITOS



Exercícios de compreensão:

2.º ano de escolaridade
 História e Geografia de Portugal e do Mundo

TECNICA PARA A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

Exercícios de compreensão:
 Identificar as causas e efeitos e reconhecer as consequências.

Exercícios de compreensão:
 Identificar as causas e efeitos e reconhecer as consequências.

2.º ano de escolaridade
 História e Geografia de Portugal e do Mundo

TECNICA PARA A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

Exercícios de compreensão:
 Identificar as causas e efeitos e reconhecer as consequências.

Exercícios de compreensão:
 Identificar as causas e efeitos e reconhecer as consequências.



Obrigada!

**Apêndice IX – Sessão de Formação EAS, Posicionamentos e
Mobilizações (CSPNSC)**

**Environmental Allowance as Sequential
Positioning and/or Mobilization**

- 
Structuralist's Office in Brussels
 Federal Institute for Linguistic
- 
- Mythical World**
 Suppose that within structuralist's office there are three people that work in Brussels. Each of them has a name - English
- Mythical Linguist's Office**
 Structuralist's office in Brussels was the office in Brussels
 English was just a linguistic study that is completely irrelevant that
 Structuralist's office was in the French speaking - Dutch speaking office
 French was just a linguistic study - Dutch - French
 English was just a linguistic study - English - Dutch - French
 English was just a linguistic study - English - Dutch - French
 English was just a linguistic study - English - Dutch - French
 English was just a linguistic study - English - Dutch - French

El diagrama de flujo describe el uso de la tecnología en la enseñanza de la matemática. Comienza con un recuadro superior que indica: "El uso de la tecnología en la enseñanza de la matemática". Este se ramifica en tres caminos:

- Un camino superior que pasa por un recuadro "Aplicaciones" y luego a un recuadro "El uso de la tecnología en la enseñanza de la matemática".
- Un camino central que pasa por un recuadro "El uso de la tecnología en la enseñanza de la matemática".
- Un camino inferior que pasa por un recuadro "El uso de la tecnología en la enseñanza de la matemática" y luego a un recuadro "El uso de la tecnología en la enseñanza de la matemática".

 El diagrama concluye con un recuadro final que indica: "El uso de la tecnología en la enseñanza de la matemática".

Diagrama de Sustentabilidade: O Planeta Terra

- Energia sustentável
- Energia renovável
- Recursos hídricos
- Resíduos sólidos
- Resíduos líquidos
- Recursos humanos
- Recursos financeiros

A sua agenda deve ser organizada a seguir: (Lima, 2000).

O MOVIMENTO

É a arte ou processo de alinhar a posição, a orientação e um determinado movimento da, de um corpo ou objeto.

(Gravidade do movimento humano)



The diagram illustrates the Business Model Canvas, a tool for developing business plans. It is structured as follows:

- Top Section:**
 - Left: **PROBLEM** (with a small icon of a person thinking).
 - Center: **SOLUTION / PROBLEM** (with a double-headed arrow).
 - Right: **VALUE** (with a small icon of a person smiling).
- Middle Section:**
 - Left: **PROBLEM / PROPOSITION** (with a small icon of a person thinking).
 - Center: **PROPOSITION / PROPOSITION** (with a small icon of a person thinking).
 - Right: **VALUE** (with a small icon of a person smiling).
- Bottom Section:**
 - Center: **PROPOSITION** (with a small icon of a person thinking).



Ministério da Saúde
Fundação de Amparo à Pesquisa

Decúbito Dorsal



Colocar almofada na cabeça até as nádegas e ombros.

Manter o suporte articular de longo e curto tornozelo, além de não apoiar as mãos.

Manter o suporte articular de longo e curto tornozelo.

Manter a posição da cabeça que fica alinhada ao eixo.

Ministério da Saúde
Fundação de Amparo à Pesquisa

Decúbito Dorsal



Manter o suporte articular de longo e curto tornozelo.

Colocar a almofada entre as pernas.

Manter o suporte articular de longo e curto tornozelo.

Manter a posição da cabeça que fica alinhada ao eixo.

Manter a posição da cabeça que fica alinhada ao eixo.

Ministério da Saúde
Fundação de Amparo à Pesquisa

Decúbito Lateral



Manter a posição da cabeça alinhada ao eixo.

Manter a posição da cabeça alinhada ao eixo.

Manter a posição da cabeça alinhada ao eixo.

Ministério da Saúde
Fundação de Amparo à Pesquisa

Decúbito Lateral



Alinhar a cabeça na linha do eixo.

Manter o suporte articular de longo e curto tornozelo.

Manter a posição da cabeça alinhada ao eixo.

Ministério da Saúde
Fundação de Amparo à Pesquisa

Decúbito Lateral



Manter a posição da cabeça alinhada ao eixo.

Manter a posição da cabeça alinhada ao eixo.

Manter a posição da cabeça alinhada ao eixo.

Ministério da Saúde
Fundação de Amparo à Pesquisa

Decúbito SemiDorsal



Manter a posição da cabeça alinhada ao eixo.

Manter a posição da cabeça alinhada ao eixo.

Manter a posição da cabeça alinhada ao eixo.



Município de São Carlos
Poder Executivo - Administração



São Carlos - São Carlos



Os leões de São Carlos e mantêm infâncias apaixonadas no leão de ouro, com reconhecimento a justiça em figura física e formosa em posição humana.



Os leões de São Carlos e mantêm infâncias apaixonadas no leão de ouro, com reconhecimento a justiça em figura física e formosa em posição humana.

São Carlos também sempre agitada por uma animação



Universidade de Coimbra
Faculdade de Engenharia





Fowler's Position

Posição em Fowler

Permite ao doente estar sentado a 30 a 60°

Evita pneumonia por aspiração e evita pressão de escoriação com a sua cabeça levantada.

É útil ao manter ao menor número de curvas vertebrais do tronco, da cabeça e do pescoço.

- Promover simplificação de processos
- Desenvolver a autoeficácia
- Treinar a equidade
- Preparar para a transição de carreira

TOUJOURS ENCORE

Il y en a pas de la mermaid
 mais quel est-ce que c'est une poisson
 de la surface, pas d'air



Manufacturing the Office - a Student Production

Production Credits:

- Director:** [Image]
- Producers:** [Image]
- Executive Producer:** [Image]
- Screenplay by:** [Image]
- Music by:** [Image]
- Casting:** [Image]
- Costume Designer:** [Image]
- Set Designer:** [Image]
- Visual Effects:** [Image]
- Editor:** [Image]
- Sound Designer:** [Image]
- Production Office:** [Image]
- Post-Production:** [Image]
- Distribution:** [Image]
- Marketing:** [Image]
- Legal Counsel:** [Image]
- Accounting:** [Image]
- Transportation:** [Image]
- Catering & Craft Services:** [Image]
- Location Manager:** [Image]
- Production Office:** [Image]
- Post-Production:** [Image]
- Distribution:** [Image]
- Marketing:** [Image]
- Legal Counsel:** [Image]
- Accounting:** [Image]
- Transportation:** [Image]
- Catering & Craft Services:** [Image]
- Location Manager:** [Image]

[illegible]

Obrigado!

**Apêndice X – Sessão de Formação - EAS, Posicionamentos e
Mobilizações (URPICA)**





Ministerul Educației și Cercetării
Universitatea Națională de Educație

2. INOVAȚIE

În viața sa, procesul de schimbare
a gândirii, a metodei și un
schimb în viața noastră, de un
singur obiect.

(procedura de schimbare)






Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Psicologia

Princípios de Pedagogia

Alimentação adequada, com equilíbrio entre as várias
segmentos da forma anatómica

Definição equitativa de peso pela superfície corporal de
água

Garantir a simulação natural a mais funcional possível

Permitir a adequada estimulação motora e sensorial

Quitar a criança

Procurar simplificações

Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Psicologia

Avaliação sistemática da pele, com especial atenção
nas áreas de maior risco.

A avaliação sistemática da pele é essencial para a deteção
precoce de lesões associadas por pressão

↓

Intervenção precoce de lesões

Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Psicologia

De forma mais clara (frequência superior) de lesões da pele da
região de risco, região insensível e vulnerável.

Qualquer tipo de lesão ou lesão da pele pode ser
lesão da pele (ulceras, abrasões, feridas, etc.)

Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Psicologia

INDICADORES CORPORAIS

Forma

Alimentação

Equilíbrio

- o peso da criança
- o peso da criança
- o peso da criança

INDICADORES DE RISCO

Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Psicologia

INDICADORES DE RISCO

Existem vários fatores de risco para a ocorrência de lesões da pele, sendo o
principal fator de risco a pressão exercida sobre a pele e sobre o
tubo do sistema de circulação sanguínea

Existem também fatores de risco para a ocorrência de lesões da pele, sendo o
principal fator de risco a pressão exercida sobre a pele e sobre o
tubo do sistema de circulação sanguínea

Existem também fatores de risco para a ocorrência de lesões da pele, sendo o
principal fator de risco a pressão exercida sobre a pele e sobre o
tubo do sistema de circulação sanguínea


Ministério da Saúde
 Fundação Nacional de Saúde

Tratamento farmacológico

As doenças e parasitas são agudas, porém há a fase crônica
 causada de forma persistente e contínua, podendo ser fatal se
 não tratada.

Os efeitos colaterais são graves, podendo causar danos ao
 sistema de defesa, podendo causar danos ao fígado e ao
 sistema de defesa, podendo causar danos ao fígado e ao
 sistema de defesa.

O tratamento farmacológico é indicado para casos graves
 de doenças e parasitas, podendo causar danos ao fígado e ao
 sistema de defesa.


Ministério da Saúde
 Fundação Nacional de Saúde

Prejuízos biológicos

Doença Correl
 Doença Letal
 Doença Venenosa

Doença venenosa
 Doença venenosa
 Doença venenosa


Ministério da Saúde
 Fundação Nacional de Saúde

Doença Correl



Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.

Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente, com a
 ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.

Fome e desidratação e a
 morte em estágio
 funcional.

Paciente a passar de forma que não
 sobreviva no caso.


Ministério da Saúde
 Fundação Nacional de Saúde

Doença Correl



Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.

Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente, com a
 ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.

Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente, com a
 ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.

Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente, com a
 ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.


Ministério da Saúde
 Fundação Nacional de Saúde

Doença Letal



Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.

Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente, com a
 ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.

Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente, com a
 ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.


Ministério da Saúde
 Fundação Nacional de Saúde

Doença Letal



Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.

Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente, com a
 ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.

Ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente, com a
 ocorrência de doença no
 estágio avançado da vida
 do paciente.

Matheus Costa, MSc. e Doutor
Fisioterapeuta Especialista

Decúbito Lateral



Preservar a manobra inflexor da tala ventral da decúbito sobre a superfície.

A articulação sacroilíaca e joelho formam um ângulo de 90°.

Manobra inflexor que fica sobre a tala de cama com ligam. flexão.

Não apoiar em decúbito.

Matheus Costa, MSc. e Doutor
Fisioterapeuta Especialista

Decúbito Semi-Geral



Da tala de decúbito, manobra superior ligamentar aflexor da tala com a mão apoiada na cama e flexão da ventral a mão em articulação apoiada em superfície.

Da tala superior da decúbito manobra aflexor da tala, ventral em ligam. flexão, joelho em posição neutra, sobre a ventral, não a manobra apoiada na superfície.

Matheus Costa, MSc. e Doutor
Fisioterapeuta Especialista

Decúbito Semi-Geral



Da tala de decúbito a manobra inflexor posicionada na tala de cama, com sacroilíaca e joelho em ligam. flexão e flexão em posição neutra.

Da tala superior da decúbito a manobra inflexor não flexão apoiada na superfície em articulação da ligam. flexão.

Capô de decúbito superior apoiado por uma superfície.

Matheus Costa, MSc. e Doutor
Fisioterapeuta Especialista

Posição em Posição



Posição em Posição

Manobra da decúbito dorsal sobre a superfície da tala sobre 30 a 45°.

É uma manobra para se adequar a uma posição de apoio com a sua ventral flexão.

O uso da manobra ou manobra número de articulações sobre a grau de dependência de apoio.

Matheus Costa, MSc. e Doutor
Fisioterapeuta Especialista

O QUE É

Objetivo:

- Avaliar a capacidade de manobra.
- Orientar a articulação.
- Treinar a articulação.
- Preparar para a manobra de manobra.

Matheus Costa, MSc. e Doutor
Fisioterapeuta Especialista

TOC (Técnica de Orientação e Controle)

É um teste de manobra para qual se trata uma pessoa de uma superfície para outra.





Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Protezione Civile - Dipartimento



Strumenti per la valutazione delle competenze del pubblico volontario



1. Valutazione delle competenze



2. Valutazione delle competenze



3. Valutazione delle competenze

Exercício 1

1. A malhação deve ser feita com a nomenclatura adequada à situação física e grau de exigência do atleta.

2. A prescrição de tempo de repouso é fundamental para a pessoa a transferir alguns minutos a alguns dias de forma adequada.

3. Consideramos a vida do atleta, bem como a vida do atleta cidadão e cidadã.

Obrigada!

**Apêndice XI – Sessão de Formação EAS, Cuidados à Pessoa com
Dispositivos Médicos (CSPNSC e URPICA)**

Envolvimento Ativo e Sustentável
Cidades e pessoas portadoras de
Dispositivos Médicos

Universidade de Coimbra
 Faculdade de Engenharia de Coimbra - 2019

Objetivos Gerais
 Avaliar a viabilidade técnica dos dispositivos, obter e validar evidências científicas e regulamentares.

Objetivos Específicos
 Realizar a análise de viabilidade técnica e legal;
 Realizar a avaliação de viabilidade técnica dos dispositivos, tendo em conta a avaliação de viabilidade técnica e legal;
 Avaliar a viabilidade técnica dos dispositivos, tendo em conta a avaliação de viabilidade técnica e legal;
 Avaliar a viabilidade técnica dos dispositivos, tendo em conta a avaliação de viabilidade técnica e legal;

Objetivos Gerais
 Avaliar a viabilidade técnica dos dispositivos, obter e validar evidências científicas e regulamentares.

Objetivos Específicos
 Realizar a análise de viabilidade técnica e legal;
 Realizar a avaliação de viabilidade técnica dos dispositivos, tendo em conta a avaliação de viabilidade técnica e legal;
 Avaliar a viabilidade técnica dos dispositivos, tendo em conta a avaliação de viabilidade técnica e legal;

Sonda Nasogástrica

Transferência de dados de um dispositivo para um sistema de armazenamento.

Para a obtenção de dados de um dispositivo, é necessário que o dispositivo esteja ligado ao sistema de armazenamento.



Sonda Nasogástrica

Transferência de dados de um dispositivo para um sistema de armazenamento.

Para a obtenção de dados de um dispositivo, é necessário que o dispositivo esteja ligado ao sistema de armazenamento.



Sonda Nasogástrica

Transferência de dados de um dispositivo para um sistema de armazenamento.

Para a obtenção de dados de um dispositivo, é necessário que o dispositivo esteja ligado ao sistema de armazenamento.



Sonda Nasogástrica

Indicaciones para su inserción en el tubo gastrointestinal:

- Medición de pH de los jugos gástricos.
- Sondaje intestinal.
- Alimentación enteral.



Sonda Nasogástrica

Indicaciones para su inserción en el tubo gastrointestinal:

- Medición de pH de los jugos gástricos y control de la secreción gástrica y duodenal.
- Sondaje intestinal para el control de la motilidad intestinal y la absorción de nutrientes.



Sonda Nasogástrica

Indicaciones para su inserción en el tubo gastrointestinal:

- Medición de pH de los jugos gástricos y control de la secreción gástrica y duodenal.
- Sondaje intestinal para el control de la motilidad intestinal y la absorción de nutrientes.



Sonda Nasogástrica

Indicaciones para su inserción en el tubo gastrointestinal:

- Medición de pH de los jugos gástricos y control de la secreción gástrica y duodenal.
- Sondaje intestinal para el control de la motilidad intestinal y la absorción de nutrientes.




Sonda Nasogástrica

Indicaciones para su inserción en el tubo gastrointestinal:

- Medición de pH de los jugos gástricos y control de la secreción gástrica y duodenal.
- Sondaje intestinal para el control de la motilidad intestinal y la absorción de nutrientes.




Sonda Nasogástrica

Indicaciones para su inserción en el tubo gastrointestinal:

- Medición de pH de los jugos gástricos y control de la secreción gástrica y duodenal.
- Sondaje intestinal para el control de la motilidad intestinal y la absorción de nutrientes.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Sonda Nasogástrica

INDICAÇÃO: para a coleta

↓

INDICAÇÃO: para a coleta de conteúdo gástrico



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Gastroenterostomia - Procedimento - PPG

PPG

Realiza-se a coleta de conteúdo gástrico através da sonda de alimentação.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Gastroenterostomia - Procedimento - PPG

Indicação de utilização:

Realiza-se a coleta de conteúdo gástrico através da sonda de alimentação.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Gastroenterostomia - Procedimento - PPG

Indicação de utilização:

Realiza-se a coleta de conteúdo gástrico através da sonda de alimentação.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Gastroenterostomia - Procedimento - PPG

Indicação de utilização:

Realiza-se a coleta de conteúdo gástrico através da sonda de alimentação.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Gastroenterostomia - Procedimento - PPG

Indicação de utilização:

Realiza-se a coleta de conteúdo gástrico através da sonda de alimentação.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.

Indicação de utilização: para a coleta de conteúdo gástrico.



Aligação / Cateterização Vesical

• O cateter é introduzido através da uretra para drenar a urina.

• O cateter é fixado ao pênis com uma faixa.

• O bexiga é drenada para um recipiente.



Indicações: Retenção urinária, vômito, diarréia, febre, dor, etc.

Contraindicações: Infecção urinária, lesão da uretra, etc.

Aligação / Cateterização Vesical

• O cateter é introduzido através da uretra para drenar a urina.

• O cateter é fixado ao pênis com uma faixa.

• O bexiga é drenada para um recipiente.



Indicações: Retenção urinária, vômito, diarréia, febre, dor, etc.

Contraindicações: Infecção urinária, lesão da uretra, etc.

Aligação / Cateterização Vesical




Aligação / Cateterização Vesical

• O cateter é introduzido através da uretra para drenar a urina.

• O cateter é fixado ao pênis com uma faixa.

• O bexiga é drenada para um recipiente.




Indicações: Retenção urinária, vômito, diarréia, febre, dor, etc.

Contraindicações: Infecção urinária, lesão da uretra, etc.

Aligação / Cateterização Vesical

• O cateter é introduzido através da uretra para drenar a urina.

• O cateter é fixado ao pênis com uma faixa.

• O bexiga é drenada para um recipiente.



Aligação / Cateterização Vesical

Indicações de Remoção do Cateter

- Quando o paciente estiver capaz de urinar espontaneamente.
- Quando o paciente estiver com dor ou desconforto.
- Quando o paciente estiver com febre ou infecção.
- Quando o paciente estiver com sangramento ou lesão da uretra.



Algáliação / Cateterização Vesical

Indicações para a utilização da técnica:
 (Indicação quando a urina não pode sair espontaneamente)

- Cateterismo do recém-nascido
- Cateterismo de sondagem para a urina
- Cateterismo para a urina em pacientes com dificuldade de urinar
- Cateterismo para a urina em pacientes com dificuldade de urinar
- Cateterismo para a urina em pacientes com dificuldade de urinar



Algáliação / Cateterização Vesical

Contra-indicações para a utilização da técnica:
 (Indicação quando a urina não pode sair espontaneamente)

- Não utilizar em pacientes com infecção urinária
- Não utilizar em pacientes com infecção urinária
- Não utilizar em pacientes com infecção urinária
- Não utilizar em pacientes com infecção urinária
- Não utilizar em pacientes com infecção urinária

Algáliação / Cateterização Vesical

Indicações para a utilização da técnica:
 (Indicação quando a urina não pode sair espontaneamente)

Contra-indicações para a utilização da técnica:
 (Indicação quando a urina não pode sair espontaneamente)

Procedimento para a utilização da técnica:
 (Indicação quando a urina não pode sair espontaneamente)

Contra-indicações para a utilização da técnica:
 (Indicação quando a urina não pode sair espontaneamente)

Algáliação / Cateterização Vesical

Indicações para a utilização da técnica:
 (Indicação quando a urina não pode sair espontaneamente)

Contra-indicações para a utilização da técnica:
 (Indicação quando a urina não pode sair espontaneamente)

Procedimento para a utilização da técnica:
 (Indicação quando a urina não pode sair espontaneamente)

Contra-indicações para a utilização da técnica:
 (Indicação quando a urina não pode sair espontaneamente)

Obrigada!



Apêndice XII – Questionários de Avaliação Formativa:

- Comunicação, EAS (CSPNSC)

-EAS, Posicionamentos e Mobilizações (URPICA)

-EAS, Posicionamentos e Mobilizações

(CSPNSC)

-EAS, Cuidados à Pessoa Portadora de Dispositivos Médicos

(URPICA e CSPNSC)

Questionário de Avaliação Formativa
Comunicação Envelhecimento Ativo e Saudável (CSPNSC)

Das afirmações seguintes identifique as verdadeiras e as falsas, colocando uma X no quadrado respetivo

Afirmações	V	F
Envelhecimento Ativo é o processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança.		
Ao revelar simpatia e disponibilidade para chegar a uma solução de consenso, estou a ser eficaz na resolução de conflitos.		
A forma como comunico não interfere na minha relação com as outras pessoas		
Empatia é a habilidade de se colocar no lugar do outro de forma a entender as suas necessidades, sentimentos e problemas.		
Se usar a escuta ativa evito repetir várias vezes a mesma pergunta		
Envelhecimento Saudável contribui para o bem-estar das pessoas idosas		
Impor as minhas ideias e não escutar até ao fim a opinião do outro é uma técnica eficaz na resolução de conflitos.		
O cansaço ou doença e a distância entre as pessoas não interferem na comunicação		
Manter a autonomia, a independência, e a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer não é importante.		
Os valores e crenças pessoais e os ruídos são Barreiras à comunicação		
Envelhecimento Saudável é um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional.		
Ao usar a escuta ativa não demonstro disponibilidade nem atenção à pessoa que estou a cuidar		
Mostrar interesse na mensagem e falar de forma calma e serena é importante na resolução de conflitos		
Para ser empático tenho que concordar sempre com os outros		
Envelhecimento Ativo contribui para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem		
Fazer perguntas para que a outra pessoa clarifique o pensamento e os argumentos é uma forma eficaz de resolução de conflitos		
na como me comporto não interfere nas minhas relações interpessoais		

Muito Obrigada pela colaboração

Questionário de Avaliação Formativa

Envelhecimento Ativo e Saudável, Posicionamentos e Mobilizações (URPICA)

Das afirmações seguintes identifique as verdadeiras e as falsas, colocando uma X no quadrado respetivo

Afirmações	V	F
Envelhecimento Ativo é o processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança.		
A dor intensa, doenças crónicas e o envelhecimento não são causas da imobilidade		
Posso evitar lesões músculo-esqueléticas se usar a mecânica corporal		
Envelhecimento Saudável contribui para o bem-estar das pessoas idosas		
Durante os posicionamentos não é necessário ter em atenção o alinhamento de todos os segmentos do corpo		
A imobilidade pode causar alterações cutâneas, respiratórias e urinárias		
Manter a autonomia, a independência, e a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer não é importante.		
Os Posicionamentos promovem o conforto das pessoas		
Envelhecimento Saudável é um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional.		
O levante contribui para prevenir complicações da imobilidade		
Envelhecimento Ativo contribui para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem		

Muito Obrigada pela colaboração

Questionário de Avaliação Formativa

Envelhecimento Ativo e Saudável, Posicionamentos e Mobilizações (CSPNSC)

Das afirmações seguintes identifique as verdadeiras e as falsas, colocando uma X no quadrado respetivo

Afirmações	V	F
Manter a autonomia, a independência, e a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer não é importante.		
Qualquer zona do corpo sujeita a uma pressão pode desenvolver úlcera de pressão		
Posso evitar lesões músculo-esqueléticas se usar a mecânica corporal		
Envelhecimento Saudável contribui para o bem-estar das pessoas idosas		
Durante os posicionamentos não é necessário ter em atenção o alinhamento de todos os segmentos do corpo		
A imobilidade pode causar alterações cutâneas, respiratórias e urinárias		
A dor intensa, doenças crónicas e o envelhecimento não são causas da imobilidade		
Os Posicionamentos promovem o conforto das pessoas		
O levante contribui para prevenir complicações da imobilidade		
Envelhecimento Ativo contribui para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem.		

Muito Obrigada pela colaboração

Questionário de Avaliação Formativa

Envelhecimento Ativo e Saudável, Cuidados à Pessoa Portadora de Dispositivos Médicos

(URPICA e CSPNSC)

Das afirmações seguintes identifique as verdadeiras e as falsas, colocando uma X no quadrado respetivo

Afirmações	V	F
Manter a autonomia, a independência, e a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer não é importante.		
Em pessoas com Sonda Nasogástrica um cuidado importante é verificar a posição da mesma antes de administrar a alimentação		
Envelhecimento Saudável contribui para o bem-estar das pessoas idosas		
Na alimentação por sonda nasogástrica ou PEG não é necessário verificar a temperatura da alimentação		
Limpar e secar o estoma, bem como a pele em redor não é um cuidado importante às pessoas colostomizadas.		
Se a pessoa algaliada apresentar urina turva, esbranquiçada ou avermelhada devo informar a equipa de enfermagem que assiste a pessoa		
Nas pessoas com Sonda Nasogástrica ou PEG não é necessário realizar higiene oral e nasal.		
Se ocorrer a exteriorização da Sonda Nasogástrica é necessário contactar a equipa de enfermagem que assiste a pessoa		
Ao proteger e manter a integridade da pele junto ao estoma estou a promover o conforto e qualidade de vida das pessoas de quem cuido		
Envelhecimento Ativo contribui para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem.		

Muito Obrigada pela colaboração

Apêndice XIII – Lista de ocorrências

As listas de ocorrência contêm uma listagem, previamente elaborada, dos comportamentos que esperamos venham a ocorrer, tornando a observação mais fácil de registrar, mais rápida e mais objetiva. Marcamos um sinal quando esses comportamentos ocorrem.

LISTA DE OCORRÊNCIAS

<div>Técnica</div> <div>Participante</div>	Demonstrou técnica de posicionamento	Demonstrou técnica de Mobilização
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

**Apêndice XIV- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS
CUIDADORES FORMAIS**

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS

Tendo como preocupação a satisfação global dos Cuidadores, pretende-se avaliar o trabalho desempenhado pelos formadores nesta sessão. Estamos certos que o seu contributo será fundamental para a melhoria do nosso desempenho. Nesse sentido, agradecemos que preencha este questionário.

Questionário:

Questões		Baixo	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Muito Satisfatório	Extremamente Satisfatório
Apreciação geral						
1	O nível de conhecimentos em relação ao tema no início da ação era:					
2	Utilidade dos temas abordados foi:					
3	Em que nível a ação correspondeu às suas expectativas					
Organização da ação						
4	A divulgação da ação foi					
5	A duração da ação foi:					
Formadora						
6	Domínio dos temas					
7	Incentivo à participação					
8	Uso de metodologias adequadas aos objetivos foi:					
Conteúdo da ação						
9	O interesse dos conteúdos foi:					

Para além dos apresentados que outros conteúdos gostaria de ver abordados?

Obrigada pela sua colaboração.

Apêndice XV - Avaliação da Satisfação dos Cuidadores Formais

Avaliação da Satisfação dos CF do CSPNSC e URPICA (N=81).

Tabela 1 - Avaliação dos CF do CSPNSC e URPICA em relação à Apreciação geral das Sessões.

	Apreciação Geral		
	O nível de conhecimentos em relação ao tema no início da ação era	Utilidade dos temas abordados foi:	Em que nível a ação correspondeu às suas expectativas
Baixo	14,8%(12)		
Pouco Satisfatório	34,6%(28)		
Satisfatório	38,2%(31)	3,7%(3)	4,9%(4)
Muito Satisfatório	7,4%(6)	39,5%(32)	56,8%(46)
Extremamente Satisfatório	4,9%(4)	56,8%(46)	38,3%(31)

Tabela 2 - Avaliação dos CF do CSPNSC e URPICA em relação à Organização das Sessões.

	Organização da ação	
	A divulgação da Ação foi:	A duração da ação foi:
Baixo		1,2%(1)
Pouco Satisfatório		1,2%(1)
Satisfatório	13,6%(11)	19,8%(16)
Muito Satisfatório	43,2%(35)	49,4%(40)
Extremamente Satisfatório	43,2%(35)	28,4%(23)

Tabela 3 - Avaliação dos CF do CSPNSC e URPICA em relação à Formadora das Sessões.

	Formadora		
	Domínio dos temas	Incentivo à participação	Uso de metodologias adequadas aos objetivos foi:
Baixo			
Pouco Satisfatório			
Satisfatório	2,4%(2)	6,2%(5)	4,9%(4)
Muito Satisfatório	23,5%(19)	22,2%(18)	28,4%(23)
Extremamente Satisfatório	74,1% (60)	71,6%(58)	66,7%(54)

Tabela 4 - Avaliação dos CF do CSPNSC e URPICA em relação ao Conteúdo das Sessões.

	Conteúdo da ação
	Interesse dos conteúdos foi:
Baixo	
Pouco Satisfatório	
Satisfatório	1,2%(1)
Muito Satisfatório	28,4%(23)
Extremamente Satisfatório	70,4%(57)

Avaliação da Satisfação dos CF do CSPNSC (N=37).

Tabela 1 - Avaliação dos CF do CSPNSC em relação à Apreciação geral da Sessões.

Apreciação Geral			
	O nível de conhecimentos em relação ao tema no início da ação era	Utilidade dos temas abordados foi:	Em que nível a ação correspondeu às suas expectativas
Baixo	22,2% (8)		
Pouco Satisfatório			
Satisfatório	56,8% (21)	2,7% (1)	2,7% (1)
Muito Satisfatório	13,9% (5)	37,8% (14)	37,8% (14)
Extremamente Satisfatório	8,1% (3)	29,4% (22)	29,4% (22)

Tabela 2 - Avaliação dos CF do CSPNSC em relação à Organização das Sessões.

Organização da ação		
	A divulgação da Ação foi:	A duração da ação foi:
Baixo		
Pouco Satisfatório		
Satisfatório	13,9% (5)	18,9% (7)
Muito Satisfatório	43,2% (16)	43,2% (16)
Extremamente Satisfatório	43,2% (16)	37,8% (14)

Tabela 3 - Avaliação dos CF do CSPNSC em relação à Formadora das Sessões.

Formadora			
	Domínio dos temas	Incentivo à participação	Uso de metodologias adequadas aos objetivos foi:
Baixo			
Pouco Satisfatório			
Satisfatório	2,7% (1)	2,7% (1)	2,7% (1)
Muito Satisfatório	16,2% (6)	18,9% (7)	16,2% (6)
Extremamente Satisfatório	81% (30)	78,4% (29)	81% (30)

Tabela 4 - Avaliação dos CF do CSPNSC em relação ao Conteúdo das Sessões.

Conteúdo da ação	
	Interesse dos conteúdos foi:
Baixo	
Pouco Satisfatório	
Satisfatório	
Muito Satisfatório	27% (10)
Extremamente Satisfatório	73% (27)

Avaliação da Satisfação dos CF da URPICA (N=44).

Tabela 1 - Avaliação dos CF da URPICA em relação à Apreciação geral da Sessões.

	Apreciação Geral		
	O nível de conhecimentos em relação ao tema no início da ação era	Utilidade dos temas abordados foi:	Em que nível a ação correspondeu às suas expectativas
Baixo	9,1% (4)		
Pouco Satisfatório	63,6% (28)		
Satisfatório	22,7% (10)	4,5% (2)	6,8% (3)
Muito Satisfatório	2,3% (1)	40,9% (18)	38,6% (17)
Extremamente Satisfatório	2,3% (1)	54,5% (24)	54,5% (24)

Tabela 2 - Avaliação dos CF da URPICA em relação à Organização da ação das Sessões.

	Organização da ação	
	A divulgação da Ação foi:	A duração da ação foi:
Baixo		2,3% (1)
Pouco Satisfatório		2,3% (1)
Satisfatório	13,6% (6)	20,5% (9)
Muito Satisfatório	43,2% (19)	54,5% (24)
Extremamente Satisfatório	43,2% (19)	20,5% (9)

Tabela 3 - Avaliação dos CF da URPICA em relação à Formadora das Sessões.

	Formadora		
	Domínio dos temas	Incentivo à participação	Uso de metodologias adequadas aos objetivos foi:
Baixo			
Pouco Satisfatório			
Satisfatório	2,3% (1)	9,1% (4)	6,8% (3)
Muito Satisfatório	29,5% (13)	25% (11)	38,6% (17)
Extremamente Satisfatório	68,2% (30)	65,9% (29)	54,5% (24)

Tabela 4 - Avaliação dos CF do URPICA em relação ao Conteúdo das Sessões

	Conteúdo da ação
	Interesse dos conteúdos foi:
Baixo	
Pouco Satisfatório	
Satisfatório	6,8% (3)
Muito Satisfatório	25% (11)
Extremamente Satisfatório	68,2% (30)

Apêndice XVI – Critérios de Avaliação das Metas

Sessões/ Temas	Questões	Critérios
Comunicação EAS – CSPNSC(7/11/17)		
EAS	1, 6,9,11e 15	Reconhece o conceito de EAS se responder corretamente à pergunta 1, 6,9,11e 15
Resolução de conflitos	2,7,13,16	Identifica pelo menos 3 técnicas para ser eficaz na resolução de conflitos se responder corretamente a pelo menos 3 das perguntas 2,7,13,16.
Escuta Ativa	5 e 12	Reconhece o conceito de Escuta Ativa se responder corretamente à pergunta 5 e 12.
Empatia	4 e 14	Descreve o conceito de Empatia se responder corretamente à pergunta 4 e 14.
Comunicação e Relações Interpessoais	3 e 17	Assume a importância da Comunicação nas Relações Interpessoais se responder corretamente à pergunta 3 e 17.
Barreiras à Comunicação	8,10	Identifica pelo menos 3 Barreiras à Comunicação se responder corretamente a pelo menos 1 das Perguntas 8 e 10.
EAS Posicionamentos/ Mobilizações URPICA (14 e 16/11/17)		
EAS	1, 4, 7, 9 e 11	Reconhece o conceito de EAS se responder corretamente à pergunta 1, 4, 7, 9 e 11
Vantagem dos posicionamentos e do levante	8 e 10	Identifica pelo menos 1 vantagem dos Posicionamentos e do Levante se responder corretamente às perguntas 8 e 10
Demonstrar 1 posicionamento	Lista de Ocorrências	Demonstra pelo menos 1 posicionamento, de acordo com a Lista de ocorrências
Princípios dos posicionamentos	5	Identifica pelo menos 1 dos princípios dos posicionamentos se responder corretamente à pergunta 5
Importância da Mecânica Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas	3	Reconhece a importância da Mecânica Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas se responder corretamente a pergunta 3
Causas da imobilidade	2	Indica 3 causas da imobilidade se responder corretamente à pergunta 2
Complicações da Imobilidade	6	Identifica 3 complicações da imobilidade, se responder corretamente à pergunta 6.
Demonstrar uma mobilização	Lista de Ocorrências	Demonstra pelo menos 1 mobilização de acordo com a lista de ocorrências
EAS Posicionamentos/ Mobilizações CSPNSC (16/11/17)		
EAS	1, 4 e 10	Reconhece o conceito de EAS se responder corretamente à pergunta 1, 4 e 10.
Vantagem dos posicionamentos e do levante	8 e 9	Identifica pelo menos 1 vantagem dos Posicionamentos e do Levante se responder corretamente às perguntas 8 e 9
Demonstrar 1 posicionamento		Demonstra pelo menos 1 posicionamento, de acordo com a Lista de ocorrências
Princípios dos posicionamentos	5	Identifica pelo menos 1 dos princípios dos posicionamentos se responder corretamente à pergunta 5
Importância da Mecânica		

Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas	3	Reconhece a importância da Mecânica Corporal na Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas se responder corretamente a pergunta 3
Causas da imobilidade	7	Indica 3 causas da imobilidade se responder corretamente à pergunta 7
Complicações da Imobilidade	2 e 6.	Identifica 3 complicações da imobilidade, se responder corretamente à pergunta 2 e 6.
Demonstrar uma mobilização	Lista de Ocorrências	Demonstra pelo menos 1 mobilização de acordo com a lista de ocorrências
EAS		
Cuidados à pessoa com dispositivos médicos (CSPNSC21/11/17) URPICA (21 e 23/11/17)		
EAS	1, 3 e 10	Reconhece o conceito de EAS se responder corretamente à pergunta 1, 3 e 10.
Cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos (PEG, colostomias, ileostomias, sonda nasogástrica e algália)	2,4 e 5	Identifica pelo menos 3 cuidados a ter no manuseamento de dispositivos médicos se responder corretamente à pergunta 2,4 e 5
Contactar a equipa de enfermagem	6 e 8	Identifica pelo menos 2 situações em que é necessário contactar a equipa de enfermagem se responder corretamente às perguntas 6 e 8
Importância dos cuidados à pessoa com dispositivos médicos (PEG, colostomias, ileostomias, sonda nasogástrica e algália)	7 e 9	Reconhece a importância dos cuidados à pessoa com dispositivos médicos (PEG, colostomias, ileostomias, sonda nasogástrica e algália) pois responderam corretamente às perguntas 7 e 9

Apêndice XVII - Indicadores de avaliação das atividades.

Quadro – Indicadores de atividade

Atividade	Indicadores de Atividade
Comunicação, EAS (CSPNSCCC – 7/11/17))	<p><u>Número de CF que assistiram à sessão Comunicação EAS</u> x 100 = $\frac{13}{13} \times 100 = 100\%$ Número total de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de reconhecer o conceito de envelhecimento ativo e saudável</u> x100= $\frac{10}{13} \times 100 = 76,9\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar 3 técnicas para ser eficaz na resolução de conflitos</u> x100= $\frac{13}{13} \times 100 = 100\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar 3 barreiras à comunicação</u> x100= $\frac{13}{13} \times 100 = 100\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de reconhecer o conceito de escuta ativa</u> x100= $\frac{11}{13} \times 100 = 84,6\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de descrever o conceito de empatia</u> x100= $\frac{11}{13} \times 100 = 84,6\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de assumir a importância da comunicação nas relações interpessoais</u> x100= $\frac{12}{13} \times 100 = 92,3\%$ Número de CF participantes</p>
EAS, Posicionamentos e Mobilizações (URPICA – 14/11/17)	<p><u>Nº de CF que assistiram sessões EAS posicionamento/mobilizações</u> x 100 = $\frac{10}{10} \times 100 = 100\%$ Número total de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de reconhecer o conceito de envelhecimento ativo e saudável</u> x100 = $\frac{8}{10} \times 100 = 80\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de demonstrar pelo menos 1 posicionamento</u> x100= $\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de demonstrar 1 mobilização</u> x100= $\frac{3}{3} \times 100 = 100\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 1 dos princípios dos posicionamentos</u> x100= $\frac{9}{10} \times 100 = 90\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 3 causas da imobilidade</u> x100= $\frac{9}{10} \times 100 = 90\%$ Número de CF participantes</p>

	<p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo 1 das vantagens dos posicionamentos e levante</u> x100= $\frac{10}{10}$ x 100= 100% Número de CF participantes</p> <p>Nº de CF capazes de reconhecer importância da Mecânica Corporal na Prevenção de <u>Lesões Musculo esqueléticas</u> x100= $\frac{10}{10}$ x 100= 100% Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 3 complicações da imobilidade</u> x100= $\frac{10}{10}$ x 100 = 100% Número de CF participantes</p>
EAS, Posicionamentos e Mobilizações (URPICA – 16/11/17)	<p><u>Nº de CF que assistiram sessões EAS posicionamento/mobilizações</u> x 100= $\frac{12}{12}$ x 100= 100% Número total de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de reconhecer o conceito de envelhecimento ativo e saudável</u> x100= $\frac{11}{12}$ x 100= 91,7% Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de demonstrar pelo menos 1 posicionamento</u> x100 = $\frac{4}{4}$ x 100 = 100% Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de demonstrar 1 mobilização</u> x100= $\frac{4}{4}$ x 100 = 100% Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 1 dos princípios dos posicionamentos</u> x100= $\frac{12}{12}$ x 100= 100% Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 3 causas da imobilidade</u> x100= $\frac{12}{12}$ x 100= 100% Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo 1 das vantagens dos posicionamentos e levante</u> x100= $\frac{12}{12}$ x 100= 100% Número de CF participantes</p> <p>Nº de CF capazes de reconhecer importância da Mecânica Corporal na Prevenção de <u>Lesões Musculo esqueléticas</u> x100= $\frac{12}{12}$ x 100= 100% Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 3 complicações da imobilidade</u> x100= $\frac{12}{12}$ x 100= 100% Número de CF participantes</p>
	<p><u>Nº de CF que assistiram sessões EAS posicionamento/mobilizações</u> x 100100 = $\frac{13}{13}$ x 100 = 100% Número total de CF participantes</p>

<p>EAS, Posicionamentos e Mobilizações (CSPNSCCC – 16/11/17)</p>	<p><u>Nº de CF capazes de reconhecer o conceito de envelhecimento ativo e saudável</u> x100 = $\frac{11}{13} \times 100 = 84,6\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de demonstrar pelo menos 1 posicionamento</u> x100 = $\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 1 dos princípios dos posicionamentos</u> x100 = $\frac{12}{13} \times 100 = 92,3\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 3 causas da imobilidade</u> x100 = $\frac{11}{13} \times 100 = 84,6\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo 1 das vantagens dos posicionamentos e levante</u> x100 = $\frac{10}{13} \times 100 = 76,9\%$ Número de CF participantes</p> <p>Nº de CF capazes de reconhecer importância da Mecânica Corporal na Prevenção de <u>Lesões Musculo esqueléticas</u> x100 = $\frac{12}{13} \times 100 = 92,3\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de demonstrar 1 mobilização</u> x100 = $\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 3 complicações da imobilidade</u> x100 = $\frac{13}{13} \times 100 = 100\%$ Número de CF participantes</p>
<p>EAS, Cuidados à Pessoa com Dispositivos Médicos (URPICA- 21/11/17)</p>	<p><u>Nº de CF que assistiram sessões EAS Cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos</u> x100 = $\frac{11}{11} \times 100 = 100\%$ Número total de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de reconhecer o conceito de envelhecimento ativo e saudável</u> x100 = $\frac{10}{11} \times 100 = 90,9\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar 3 cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos</u> x100 = $\frac{10}{11} \times 100 = 90,9\%$ Número de CF participantes</p> <p>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 2 situações em que é necessário <u>contactar a equipa. de enfermagem</u> x100 = $\frac{11}{11} \times 100 = 100\%$ Número de CF participantes</p> <p>Nº de CF capazes de reconhecer a importância dos cuidados <u>à pessoa portadora dispositivos médicos</u> x100 = $\frac{11}{11} \times 100 = 100\%$ Número de CF participantes</p>

<p>EAS, Cuidados à Pessoa com Dispositivos Médicos (URPICA-23/11/17)</p>	<p><u>Nº de CF que assistiram sessões EAS Cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos</u> x100= $\frac{11}{11} \times 100 = 100\%$ Número total de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de reconhecer o conceito de envelhecimento ativo e saudável</u> x100= $\frac{11}{11} \times 100 = 100\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar 3 cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos</u> x100= $\frac{9}{11} \times 100 = 81,8\%$ Número de CF participantes</p> <p>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 2 situações em que é necessário <u>contactar a equipa de enfermagem</u> x100= $\frac{10}{11} \times 100 = 90,9\%$ Número de CF participantes</p> <p>Nº de CF capazes de reconhecer a importância dos cuidados <u>à pessoa portadora dispositivos médicos</u> x100 = $\frac{10}{11} \times 100 = 90,9\%$ Número de CF participantes</p>
<p>EAS, Cuidados à Pessoa com Dispositivos Médicos (CSPNSCCC – 21/11/17))</p>	<p><u>Nº de CF que assistiram sessões EAS Cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos</u> x100 = $\frac{11}{13} \times 100 = 84,6\%$ Número total de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de reconhecer o conceito de envelhecimento ativo e saudável</u> x100= $\frac{10}{11} \times 100 = 90,9\%$ Número de CF participantes</p> <p><u>Nº de CF capazes de identificar 3 cuidados à pessoa portadora de dispositivos médicos</u> x100= $\frac{10}{11} \times 100 = 90,9\%$ Número de CF participantes</p> <p>Nº de CF capazes de identificar pelo menos 2 situações em que é necessário <u>contactar a equipa de enfermagem</u> x100= $\frac{10}{11} \times 100 = 90,9\%$ Número de CF participantes</p> <p>Nº de CF capazes de reconhecer a importância dos cuidados <u>à pessoa portadora dispositivos médicos</u> x100 = $\frac{10}{11} \times 100 = 90,9\%$ Número de CF participantes</p>
	<p><u>Nº de sessões realizadas</u> x100 = $\frac{7}{7} \times 100 = 100\%$ Total de sessões previstas</p>

Apêndice XVIII – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável na Capacitação de Cuidadores Formais

Enquadramento: Este projeto de intervenção comunitária surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Andreia Silva da Costa. A realização deste estudo pretende promover o envelhecimento ativo e saudável, visando a capacitação dos cuidadores formais nesta área e contribuir para Implementação de programas de intervenção comunitária.

Procedimentos: para a realização deste projeto é necessário a recolha de dados através de um questionário, que será preenchido por administração indireta. Os dados colhidos serão para caracterização da população em estudo e relativos à avaliação das necessidades de formação dos cuidadores formais que prestam cuidados a pessoas dependentes no autocuidado no domicílio. O preenchimento do formulário demorará aproximadamente 15 minutos. O participante do estudo tem que ter idade compreendida entre os 18 e os 64 anos e ser cuidador formal numa Instituição Particular de Solidariedade Social, independentemente do vínculo laboral.

Condições e financiamento: A sua participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida. Pode recusar participar e pode também abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo é financiado pela investigadora e recebeu parecer favorável do Núcleo de Formação e Investigação do Aces Almada- Seixal.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Agradeço a sua participação.

Enfermeira Sónia Miguel
Telemóvel para Contacto: 916271007
E-mail para contacto: sonia.miguel@campus.esel.pt

Assinatura do investigador:

Assinatura do participante:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

Apêndice XIX – Autorização da autora do questionário

Exma. Srª Enfermeira Sofia Militar

Eu, Sónia Cristina Almeida Pereira Miguel, aluna do Mestrado na área de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Andreia Silva da Costa, estou a desenvolver o meu projeto na área da Promoção de envelhecimento ativo e saudável na capacitação de cuidadores formais.

Por conseguinte, venho por este meio solicitar a Vª Exª o consentimento para aplicar o questionário -Avaliação das necessidades de formação das auxiliares de acção directa.

Com os melhores cumprimentos, agradeço a atenção dispensada

Sónia Miguel

Para: Sónia Miguel <soniacmiguel@gmail.com>

Boa tarde!

É com todo o gosto que autorizo a utilização do questionário.

Bom trabalho.,

Cumprimentos

Sofia Militar

Apêndice XX – Pedido Autorização ao ACES

Sónia Miguel <soniacmiguel@gmail.com>

18/05/17



para luis.amaro, Andreia, Susana ▾

Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACES Almada-Seixal

Dr. Luís Amaro

Sónia Cristina Almeida Pereira Miguel, enfermeira a exercer funções no Hospital Garcia de Orta Serviço de Cardiologia, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem – na Área de Especialização em Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar o projeto de intervenção comunitária na UCC de Almada, subordinado ao tema “Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável na Capacitação de Cuidadores Formais”, vem por este meio solicitar a V. Ex^a.

1 - Autorização para a implementação e avaliação deste projeto na UCC Almada, no período compreendido entre setembro de 2017 e março de 2018, assim como a utilização dos resultados para fins académicos e a menção do nome do ACES e da UCC Almada aquando da apresentação dos resultados.

**Apêndice XXI – Parecer favorável do Núcleo de Formação e
Investigação do ACES Almada-Seixal**

Amélia Silva | Núcleo de Formação e Investigação <amelia.silva@arslvt.min-saude.pt> 23 de junho de 2017 às 15:26
Para: Luis Amaro | ACES Almada-Seixal - Direção Executiva <luis.amaro@arslvt.min-saude.pt>
Cc: Sónia Miguel <soniacmiguel@gmail.com>

Dr. Luís Amaro

Informamos que relativamente ao pedido da investigadora Sónia Cristina Almeida Pereira Miguel, para a realização do estudo " Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável na capacitação dos Cuidadores Formais", o parecer do Núcleo de Formação e Investigação é favorável.

Não necessita de submissão à Comissão de Ética da ARSLVT, uma vez que a população alvo do estudo são as cuidadoras formais de IPSS do Concelho de Almada. Não são alvo da investigação utentes/dados de saúde do ACES AS.

Amélia Silva

Amélia Silva, Enf. Chefe

Responsável do Núcleo de Formação e Investigação

ACES Almada Seixal



Email: amelia.silva@arslvt.min-saude.pt

Telefone: +351212274812 - TM: +351932827324

**Apêndice XXII – Parecer favorável da Comissão Nacional de
Proteção de Dados**

DELIBERAÇÃO N.º 968 /2017

Sónia Cristina Almeida Pereira Miguel notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realização de um estudo intitulado "Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável na Capacitação de Cuidadores Formais".

Trata-se de investigação destinada a promover o envelhecimento ativo e saudável na capacitação de cuidadores formais, com os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os cuidadores formais que prestam cuidados à pessoa dependente no autocuidado no domicílio sob o ponto de vista demográfico e social;
- Identificar as necessidades de formação dos cuidadores formais que prestam cuidados à pessoa dependente no autocuidado no domicílio;
- Caracterizar a dimensão de cuidadores formais que prestam cuidados à pessoa dependente no autocuidado no domicílio que tiveram formação na área do envelhecimento ativo e saudável;
- Caracterizar a dimensão de cuidadores formais que prestam cuidados à pessoa dependente no autocuidado no domicílio que tiveram formação na área da dependência no autocuidado.

O projeto desenvolver-se-á na IPSS Centro Social Paroquial de N.º Sr.ª da Conceição Costa da Caparica e na U.R.P.I.C.A.- União de Reformados, Pensionistas e Idosos do Concelho de Almada, que pertencem à área geográfica da UCC de Almada. Estas instituições prestam cuidados a pessoas dependentes no domicílio, sendo este projeto uma resposta às necessidades sentidas por estes parceiros sociais. Os participantes no estudo serão as cuidadoras formais destas instituições, prevendo-se a participação de 30.

A participação no estudo consistirá na resposta a questionários de caracterização sociodemográfica e avaliação das necessidades formativas dos Cuidadores formais.

O consentimento e os questionários serão apresentados aos participantes através das instituições em que trabalham, sendo devolvidos preenchidos e devolvidos em envelopes separados.

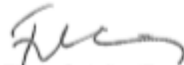
Apenas participarão no estudo os cuidadores que previamente tenham consentido nessa participação

A responsável declarou que os questionários serão anónimos, não contendo qualquer dado identificador, nem lhes sendo aposto qualquer código de participante. Verifica-se, contudo, que o questionário contém um campo para introdução da instituição em que o participante trabalha.

Ora, pela análise dos dados recolhidos e da metodologia aplicada verifica-se que não existe qualquer intenção por parte da Responsável de relacionamento direto ou indireto da identificação dos participantes com a informação constante dos cadernos de recolha de dados. Ainda que, em princípio, o dado instituição associado às respostas não identifique imediatamente o titular, a sua recolha reduz o universo de possíveis titulares à instituição em concreto, facilitando aquela associação. Assim, e na medida em que não corresponde ao desenho do presente estudo a identificação dos participantes, para que não exista qualquer risco da mesma ocorrer, não deverá ser recolhido o dado relativo à instituição, devendo os questionários ser alterados em conformidade.

Respeitada esta condição, não sendo tratados dados pessoais, não se aplica a Lei n.º 67/98, de 26 de outubro.

Lisboa, 11 de julho de 2017



Filipa Calvão (Presidente)

Apêndice XXIII – Poster e certificado

PROMOÇÃO DE ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL NA CAPACITAÇÃO DOS CUIDADORES FORMAIS

Introdução

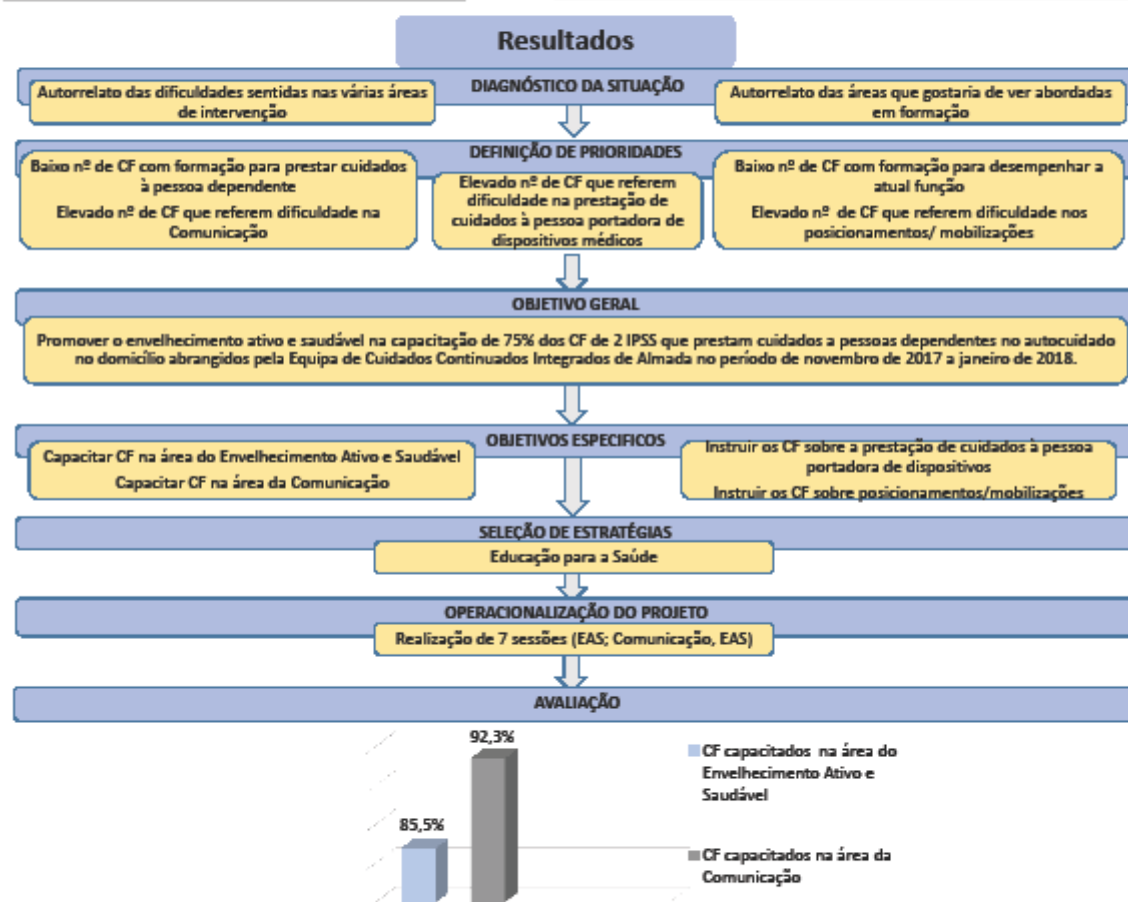
O envelhecimento demográfico exige respostas multidisciplinares e multisectoriais. O envelhecimento ativo e saudável (EAS) é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (OMS, 2015). O EAS tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável, mantendo a autonomia e a independência, bem como a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados de saúde.

Objetivos

Divulgar um Projeto de intervenção Comunitária no âmbito da Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável (EAS), tendo como objetivo promover o EAS na capacitação de Cuidadores formais (CF).

Metodologia

Metodologia do planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes e como referencial teórico o modelo de promoção de saúde, PRECEDE-PROCEED. Aplicação do questionário de avaliação sociodemográfica e necessidades formativas aos CF de 2 IPSS, prestam cuidados a pessoas dependentes no autocuidado no domicílio.



Conclusão

O envelhecimento da população desafia a enfermagem, com base numa abordagem comunitária do cuidar, a construir formas novas e criativas de cuidados. Importa envolver os parceiros locais, nomeadamente, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), no desenvolvimento de projetos de inserção social, na promoção do bem-estar e manutenção da autonomia, independência e qualidade de vida de quem está a envelhecer. É fundamental a intervenção do enfermeiro na capacitação de CF para a prestação de cuidados efetivos, visando a redução da inadequada procura dos serviços de saúde e mantendo os idosos no domicílio promovendo o seu bem estar e qualidade de vida.

Andréia Costa; Sónia Miguel; Susana Salobo – email: contactos.espervi@gmail.com


BIBLIOGRAFIA - Young, H. (2008). Challenge and solutions for care of frail older adults. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(2), 36p; Caloni, M., Ferreira, P., Silva, R., Jerónimo, P., Marques, T. (2013) Processos de Envelhecimento em Portugal @ Fundação Francisco Manuel dos Santos; Organização Mundial de Saúde.(OMS)(2005). Brasil. Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde – Opa; CIPCEP - Centro de Estudos das Pessoas e Culturas de Expressão Portuguesa Carneiro, R., Chou, F., Soares, C., Pinho, J., Secadum, M. J. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Atividade e Qualidade - Relatório Final, Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa



Certificado

Certifica-se que o Poster intitulado
“Promoção do envelhecimento ativo e saudável na capacitação de
cuidadores formais”;
Elaborado por Sónia Miguel; Susana Saiote; Andreia Costa
foi apresentado por Sónia Miguel
no 1º Congresso de Enfermagem
“25 anos de Enfermagem no HGO – Contextos e desafios”.


Rosália Marques
Presidente da Comissão Científica


Odília Neves
Presidente do Congresso
Enfermeira Diretora HGO